



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgave

MAKP601-MG-2021-HØST-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	10-08-2021 09:00 CEST	Termin:	2021 HØST
Sluttdato:	31-08-2021 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave		
Flowkode:	203 MAK601 1 MG 2021 HØST		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	407
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	9321
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	2
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja

Er masteroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er masteroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Ja, Haukeland Universitetssjukehus

MASTEROPPGAVE

En klinisk audit for å fremme anbefalt praksis for å forebygge og lindre plager ved oral mukositt.

Bruk av implementeringstiltak for å øke andelen sykepleiere som følger anbefalingen fra retningslinjen *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*, for å forebygge og lindre oral mukositt hos kreftpasienter som får cellegiftbehandling.

Quality improvement with clinical audit as method.

Use of implementation measures to increase the proportion of nurses who follow the recommendation from the guideline *National action program for palliation in cancer care*, to prevent and alleviate oral mucositis in cancer patients receiving chemotherapy.

Anita Bøtter-Brevik

Master i kunnskapsbasert praksis i helsefag

Fakultet for helse- sosialvitenskap.

Senter for kunnskapsbasert praksis

Veiledere: Anne Kristin Snibsøer & Birgitte Espehaug

31.08.2021.

Forord

I flere år har jeg arbeidet som sykepleier på en avdeling som gir pasienter med malign blødsykdom cellegiftbehandling. Pasientene opplever problemer med sårhet i munn og svelg som kan gjøre det vanskelig å spise og drikke. Gjennom studiet Kunnskapsbasert praksis i Helsefag ble jeg oppmerksom på retningslinjen Nasjonalt *handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*. Den kommer med kunnskapsbaserte anbefalinger for å forebygge og lindre plager i munn og svelg hos kreftpasienter som får cellegiftbehandling. Retningslinjen ble utgangspunktet for min masteroppgave, som ble et kvalitetsforbedringsprosjekt med klinisk audit.

Jeg vil takke arbeidsgiver som har støttet meg, og latt meg gjennomføre kvalitetsforbedringsprosjektet på avdelingen hvor jeg arbeider. Videre vil jeg takke mine arbeidskollegaer som har vært til støtte og hjelp gjennom dette prosjektet. Jeg vil også takke Norsk sykepleierforbund for stipendet som jeg mottok som mastergradsstudent. En stor takk rettes til mine veiledere som har kommet med konstruktiv kritikk og delt av sin visdom gjennom hele studiet, og vært til stor støtte under arbeidet med masteroppgaven.

En spesiell takk til min ektefelle Hans, som har vært min største og mest tålmodige støttespiller gjennom fire år, og til Christina, Daniel og Madeleine som tålmodig har vært vitne til at studiet har tatt mye av min oppmerksomhet de siste årene. Uten deres støtte og tålmodighet hadde jeg ikke klart å fullføre dette.

Kolltveit, august 2021

Anita Bøtter-Brevik

Sammendrag

Bakgrunn: Ved cellegiftbehandling er oral mukositt en kjent bivirkning. Retningslinjen *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen* anbefaler regelmessig bruk av munnpleiesett. Det er uvisst hvordan sykepleierene følger dette opp.

Hensikt: Hensikten med dette kvalitetsforbedringsprosjektet er å kartlegge om sykepleiere følger anbefalingen fra retningslinjen *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*, for å forebygge og lindre oral mukositt hos kreftpasienter som får cellegiftbehandling. Tiltak vil bli iverksatt hvis optimal standard ikke er oppnådd.

Metode: Vi gjennomførte en kriteriebasert klinisk audit ved en avdeling for blodsykdommer. Kriterier var rettet mot sykepleierne sine handlinger, og data ble hentet inn via anonymt spørreskjema som ble utlevert til sykepleierene. Styrkeanalyse beregnet at vi måtte ha svar fra 42 sykepleiere ved audit og re-audit for å få et signifikant resultat. Barrierer ble kartlagt, og det ble søkt etter implementeringsforskning rettet mot kartlagte barrierer. Tiltak ble implementert for å fremme sykepleierene sin kompetanse, og det ble gjennomført re-audit.

Resultater: For kriteriene ble ikke standard på 100 % oppnådd ved audit eller re-audit. Vi så en forbedring for kriterie 1 på 20 % fra audit til re-audit, og for kriterie 2 var det en forbedring på 36,4 %. Største årsakene til at kriterier ikke ble etterlevd var at sykepleierene glemte det, og manglende kunnskap om oral mukositt og munnstell. Resultatene viste at sykepleiere som ikke hadde videreutdanning i kreftsykepleie hadde høyere etterlevelse av kriterier enn sykepleiere med videreutdanning i kreftsykepleie. Det var flest ansatte med 0-3 års ansiennitet i avdelingen.

Konklusjon: Gapet mellom praksis og anbefalinger fra retningslinjen ble ikke lukket, men redusert med de implementeringstiltakene som ble gjennomført. Det anbefales at dette kvalitetsforbedringsprosjektet fortsetter for å ytterligere redusere gapet mellom anbefalinger og praksis.

Nøkkelord: Klinisk audit, kvalitetsforbedring, oral mukositt, munnstell, munnpleiesett.

Abstract

Background: In chemotherapy, oral mucositis is a known side effect. The guideline *The National Action Program for Palliative Care in Cancer Care* recommends regular use of oral care kits. It is unknown currently if the nurses follow this recommendation.

Purpose: The purpose of this quality improvement project is to map whether nurses follow the recommendation from the guideline *National action program for palliation in cancer care*, to prevent and alleviate oral mucositis in cancer patients receiving chemotherapy. Measures will be implemented if the optimal standard is not achieved.

Method: We conducted a criteria-based clinical audit at a ward for malignant blood diseases. Criteria were directed at the nurses' actions, and data were collected via an anonymous questionnaire that was handed out to the nurses. Strength analysis calculated that we had to have responses from 42 nurses at audit and re-audit to get a significant result. Barriers were mapped, and an application was made for implementation research aimed at mapped barriers. Measures were implemented to promote the nurses' competence, and a re-audit was carried out.

Results: For the criteria, a standard of 100 % was not achieved by audit or re-audit. We saw an improvement for criterion 1 of 20 % from audit to re-audit, and for criterion 2 there was an improvement of 36,4 %. The main reasons why criteria were not met were that nurses forgot about it, and the lack of knowledge about oral mucositis and oral care. The results showed that nurses who did not have further education in cancer nursing, had higher compliance with criteria than nurses with further education in cancer nursing. There were most employees with 0-3 years 'seniority in the department.

Conclusion: The gap between practice and recommendations from the guideline was not closed but reduced with the implementation measures that were implemented. It is recommended that this quality improvement project continues to further reduce the gap between recommendations and practice.

Keywords: Clinical audit, quality improvement, oral mucositis, oral care, oral care set.

Innhold

Forord.....	1
Sammendrag.....	2
Abstract.....	3
1.0 Innledning.....	7
1.1 Oral mukositt.....	7
1.2 Hensikt og problemstilling.....	9
1.3 Oppbygging av oppgaven.....	10
2.0 Bakgrunn.....	10
2.1 Kunnskapsbasert praksis.....	11
2.2 Kvalitet.....	11
2.3 Kvalitetsforbedring.....	12
3.0 Metode.....	13
3.1 Trinn 1 – Forberedelse og planlegging.....	14
3.1.1. Valg av forbedringsområde, formål og metode.....	14
3.1.2 Kunnskapsgrunnlag.....	15
3.1.3 Kartlegging av interessenter.....	15
3.1.4 Kriterier og standard.....	16
3.1.5 Fremdriftsplan.....	18
3.1.6 Etikk.....	18
3.2 Trinn 2 – Kartlegging av dagens praksis.....	19
3.2.1 Populasjon og utvalg.....	19
3.2.2 Datainnsamlingsverktøy.....	19
3.2.3 Datainnsamling.....	20
3.2.4 Dataanalyse.....	21
3.3 Trinn 3- Implementering.....	21
3.3.1 Idedugnad og årsaks- virknings analyse.....	21
3.3.2 Søk etter implementeringsforskning.....	21
3.3.3 Tiltak for å endre praksis.....	22
3.4 Trinn 4 – Opprettholde endring og re-audit.....	22
4.0 Resultater.....	23
4.1 Etterlevelse av kriterier ved audit og re-audit.....	23
4.2 Etterlevelse av kriterier fordelt etter ansiennitet.....	24
4.3 Utdeling av munnpleiesett og informasjon fordelt etter sykepleier vs. kreftsykepleier.....	24
4.4 Kartlegging av barrierer.....	25
4.5 Årsaker til at pasienter ikke informeres.....	26

4.6 Interessenter og styrkeanalyse av interessenter.....	28
4.7 Årsak-virkning analyse.....	30
5.0 Drøfting	31
5.1 Drøfting av metode	31
5.2 Styrker og svakheter ved datainnsamling og spørreskjema	32
5.3 Drøfting av implementeringstiltak og resultater	33
6.0 Konklusjon	36
7.0 Referanser.....	38

Artikkel:

Får kreftpasienter som får cellegiftbehandling, utdelt munnpleiesett i tråd med kunnskapsbaserte anbefalinger?

Et kvalitetsforbedringsprosjekt med klinisk audit som metode.

Do cancer patients who receive chemotherapy receive oral care kits in line with knowledge-based recommendations?

A quality improvement project with clinical audit as a metod.

Figurer

Figur 1	Modell for kvalitet
Figur 2	Klinisk audit sirkel
Figur 3	Utdeling av munnplesett før kur og tilbud om påfyll ved senere behandling
Figur 4	Utdeling av munnplesett og informasjon fordelt etter sykepleier vs. kreftsykepleier
Figur 5	Interessenter
Figur 6	Styrkeanalyse av interessenter
Figur 7	Fiskebeinsdiagram

Tabeller

Tabell 1	Kriterium og standard
Tabell 2	Litteraturtabell
Tabell 3	Etterlevelse av kriterier fordelt etter ansiennitet
Tabell 4	Kartlegging av barrierer
Tabell 5	Årsaker til at pasienter ikke informeres i bruken av munnplesett

Vedlegg

Vedlegg I	Sjekkliste for klinisk audit
Vedlegg II	Agree II vurdering av norsk retningslinje
Vedlegg III	Sjekkliste for faglig vurdering av prosedyre
Vedlegg IV	Litteraturtabell
Vedlegg V	Fremdriftsplan
Vedlegg VI	Sample size kalkulering
Vedlegg VII	Spørreskjema
Vedlegg VIII	Påminner
Vedlegg IX	Søkestrategi

1.0 Innledning

I Norge får mer enn 30.000 personer diagnosen kreft hvert år, og antall personer som får en kreftdiagnose vil øke i årene fremover (Folkehelse Instituttet, 2018). Det er mange ulike krefttyper, og maligne blodsykdommer også kalt blodkreft er en type (Helsedirektoratet, 2020, s. 12). Blodkreft er en alvorlig sykdom, som stiller store krav til helsepersonellet for å gi behandling, symptomlindring og informasjon til pasientene (Helsedirektoratet, 2020, s. 12). Behandlingen av blodkreft er tabletter, eller intensiv cellegift som gis intravenøst når målet er overlevelse (Felleskatalogen, 2018; Helsedirektoratet, 2020, s. 43 ; Kreftforeningen, 2020). Behandlingen med cellegift kan vare i flere dager, med noen uker pause, før ny runde med cellegiftbehandling gis (Felleskatalogen, 2018). Bivirkninger av cellegiftbehandling kan være oral mukositt, infeksjoner, nedsatt livskvalitet og utsettelse av kreftbehandling (Felleskatalogen, 2018; Hong et al., 2019, s. 3950; Thorsen, 2018).

1.1 Oral mukositt

Munnhulen inneholder flere typer mikrober, og fungerer vanligvis som et forsvar mot sykdom (Negrin & Toljanic, 2019; Thorsen et al. 2016). Sammensatt mikroflora, og rask celledeling gjør at munnhulen er spesielt sårbar for cellegift, siden cellegiften ikke bare dreper kreftceller, men også slimhinneceller og benmargceller (Herlofson & Løken, 2006, s. 1349-1350; Hong et al. 2019, s. 3950; Felleskatalogen, 2018). Det er derfor vanlig etter cellegiftbehandling å få bivirkninger som infeksjoner og slimhinneirritasjon, også kalt oral mukositt (Felleskatalogen, 2018; Herlofson & Løken, 2006, s. 1349-1350; Hong et al. 2019, s. 3950; Peterson et al., 2015, s. 139). Intensiv cellegiftbehandling som blir gitt intravenøst, gir økt risiko for oral mukositt (Helsedirektoratet, 2020, s. 43; Negrin & Toljanic, 2019, s. 1; Peterson et al., 2015, s. 142). Ifølge Helsedirektoratet (2019) vil alle pasienter med malign blodsykdom som får cellegift oppleve plager fra munnhulen (Helsedirektoratet, 2019a, s. 78). Oral mukositt kan føre til endret smaksans, vanskeliggjøre inntak av mat, og kan gi vektnedgang (Herlofson & Løken, 2006, s. 1349-1350; Hong et al., 2019, s. 3950; McGuire et al., 2013, s.3166; Thorsen, 2018). Verdens helseorganisasjon (WHO) har en graderingsskala for oral mukositt som går fra 1-4 (Helsedirektoratet, 2019a, s. 79). Grad 1 tilsvarer normal munnslimhinne, grad 2 at munnslimhinnen er sår, og kan være rød, grad 3 at pasienter ikke klarer å svelge fast føde for munnslimhinnen er sår og veldig rød, og grad 4 at det ikke er mulig for pasienten å spise eller drikke (Helsedirektoratet, 2019a, s. 79; Peterson et al., 2015, s. 141). Varighet og graden av

oral mukositt vil variere fra person til person alt etter hvilken cellegiftbehandling de har fått, og hvor kort tid det er mellom hver cellegiftbehandling (Negrin & Toljanic, 2019, s. 1).

Komplikasjoner forbundet med intensiv cellegiftbehandling kan være livstruende, så det er flere yngre enn eldre som mottar den type behandling (Helsedirektoratet, 2020, s. 43). Det i kombinasjon med at yngre pasienter har raskere celledeling i munnslimhinnen enn eldre, gjør at flere yngre enn eldre pasienter får oral mukositt etter cellegiftbehandling (Negrin & Toljanic, 2019, s. 2). Friske celler vil reparere seg selv (Kreftforeningen, 2020), så ca. 14 dager etter oppstart av cellegiftkur vil oral mukositt være forsvunnet av seg selv (Negrin & Toljanic, 2019, s. 2). Selv om oral mukositt vil forsvinne av seg selv, anbefales det å forebygge utviklingen av oral mukositt, fremfor å ikke gjøre noe (Helsedirektoratet, 2019a, s. 82).

Grunnleggende munnstell ved bruk av munnstellprotokoller blir sett på som hjørnesteinen i forebygging av oral mukositt hos kreftpasienter som får cellegiftbehandling (Hong, et al., 2019, s. 3950; McGuire et al., 2013, s.3166). Grunnleggende munnstell består i å børste, rense og fukte munnhulen (Helsedirektoratet, 2019a, s. 83; Hong et al., 2019, s. 3950; McGuire et al. 2013, s.3166; Peterson et al. 2015, s. 142; Thorsen, 2018; Thorsen et al., 2016).

Litteraturen spriker i forhold til hvor ofte en bør utføre munnstell, der anbefalingene varierer fra minst to til fire ganger for dagen (Hong et al. 2019, s. 3952; Thorsen et al., 2016; Peterson et al., 2015, s. 143). Ved etablert oral mukositt er anbefalingen lik anbefalingen som gis for å forebygge, regelmessig munnstell for å rense og smøre munnhulen og lindring av ubehag (Negrin & Toljanic, 2019, s. 3; Helsedirektoratet, 2019a, s. 82; Thorsen, 2018; Thorsen et al., 2016).

I Norge har Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer utarbeidet munnstellprosedyren *Munnstell til voksne pasienter* der formålet er å opprettholde god munnhygiene (Helsedirektoratet, 2019a, s. 84; Thorsen et. al., 2016). Utenlandske retningslinjer og systematiske oversikter anbefaler også regelmessig munnstell for å forebygge og lindre oral mukositt relatert til cellegiftbehandling hos kreftpasienter (McGuire et al., 2013, s.3166; Peterson et. al., 2015, s. 144; Hong et al., 2019, s. 3950). Munnstellprosedyren for voksne pasienter anbefaler hvilke produkter en bør bruke, og hvordan de skal brukes slik at pasientene får renset, fuktet og smurt munnhulen (Thorsen et al, 2016). Det er utviklet egne munnpleiesett som inneholder myk tannkost, produkter som renser og fukter munnslimhinnen, og en brosjyre som forklarer hvordan munnstellet skal utføres (Helsedirektoratet, 2019a, s. 83). Det anbefales at pasienten

informeres om hvordan munnstell utføres, og får utlevert munnpleiesett slik at de kan utføre munnstell selv (Thorsen et al., 2016). Etterlevelsen av informasjonen fra brosjyren blir størst når helsepersonell forklarer hvordan munnstell utføres, fremfor at pasienten må lese informasjonen selv (Grol et al., 2013, s. 205-206; Hong et al., 2019, s. 3963). Når helsepersonell underviser pasienter, forutsetter de ofte at informasjonen som er gitt er oppfattet og vil bli fulgt, men evnen til å motta informasjon kan være redusert hos pasienter som er stresset etter å ha blitt informert om alvorlig sykdom (Flottorp og Aakhus 2013, s. 188). Det kan derfor være nødvendig å gjenta informasjonen om munnstell flere ganger (Flottorp og Aakhus 2013, s. 188).

Sykepleiere som arbeider med kreftpasienter skal ha kunnskap om behandlingen pasientene mottar, og kunne forebygge og lindre plager relatert til den (Helsedirektoratet, 2019a, s. 156-157). Sykepleiere som har videreutdanning i kreftsykepleie innehar spesialisert kompetanse om kreftpasienter, deriblant forebygging, lindring og undervisning (Norsk sykepleier forbund, 2019, s. 2). Kompetansen til sykepleiere er viktig, men forskning viser at helsepersonell ikke fokuserer på munnhelsen til kreftpasienter (Herlofson & Løken, 2006, s. 1349). Sykepleiere mangler nødvendig kunnskap om munnstell, og flere er negative til å utføre det (Karlsen & Brunborg, 2016, s. 3; Svensli et al., 2019). Dette står ikke i samsvar med regjeringen sitt fokus som sier at helseinstitusjoner skal gi helsehjelp av høy kvalitet og ivareta pasientsikkerheten (Regjeringen, 2019).

1.2 Hensikt og problemstilling

Hensikten med dette kvalitetsforbedringsprosjektet er å kartlegge om sykepleiere følger anbefalingen fra retningslinjen Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen, for å forebygge og lindre oral mukositt hos kreftpasienter som får cellegiftbehandling. Tiltak vil bli iverksatt hvis optimal standard ikke er oppnådd.

Følgende spørsmål kan besvares gjennom dette kvalitetsforbedringsprosjektet:

- deler sykepleierne ut munnpleiesett til pasientene før oppstart av cellegiftbehandling?
- informerer sykepleierne pasientene om munnstell før oppstart av cellegiftbehandling?

1.3 Oppbygging av oppgaven

Denne masteroppgaven er skrevet som artikkel med tilhørende kappe. Artikkelen vil bli forsøkt publisert i tidsskriftet Sykepleien Forskning. Artikkel og kappe skal kunne leses uavhengig av hverandre, men det er ikke til å unngå at det vil bli noe overlapp.

I artikkelen vil hovedfunnene fra audit og re-audit bli presentert og drøftet. Kvaliteten på spørreskjemaet og kriterier som ble satt for dette prosjektet blir diskutert i artikkelen, sammen med styrker og svakheter ved prosjektet. I kappen vil metoden klinisk audit bli forklart. Resultat fra audit og re-audit, og utvikling av implementeringstiltak vil bli presentert i større detalj og drøftet i kappen.

I kapittel 1 blir oral mukositt forklart, og hensikt og prosjektspørsmål presentert. I kapittel 2 blir bakgrunnen kort presentert, sammen med kunnskapsbasert praksis, kvalitet og kvalitetsforbedring. Kapittel 3 som er metodekapittelet forklarer hvordan metoden klinisk audit er brukt i dette prosjektet for å gjennomføre kvalitetsforbedring på en medisinsk avdeling som gir cellegiftbehandling til kreftpasienter. I kapittel 4 blir resultatene fra prosjektet presentert, og i kapittel 5 finner en drøfting av metoden, styrker og svakheter, implementeringstiltak og resultater. Kapittel 6 inneholder konklusjon av kvalitetsforbedringsprosjektet.

Etter kappen kommer artikkelen *Får kreftpasienter som får cellegiftbehandling utdelt munnpleiesett i tråd med kunnskapsbaserte anbefalinger? Et kvalitetsforbedringsprosjekt med klinisk audit som metode*

2.0 Bakgrunn

Oral mukositt er en kjent bivirkning ved cellegiftbehandling. *Retningslinjen Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen* (Helsedirektoratet, 2019) anbefaler regelmessig munnpleie ved bruk av munnpleiesett som inneholder pasientinformasjon. (Helsedirektoratet, 2019a, s. 82) Det er uvisst hvordan dette følges opp i praksis på en medisinsk avdeling som gir cellegift til kreftpasienter

2.1 Kunnskapsbasert praksis

Kunnskapsbasert praksis og forståelsen av det har forandret seg i løpet av de 25 årene som har gått siden begrepet oppstod (Hoffmann, Bennett & Mar, 2017, s. 0). I dag blir kunnskapsbasert praksis definert som:

«Å utøve kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen» (Nordtvedt et al., 2012, s. 17).

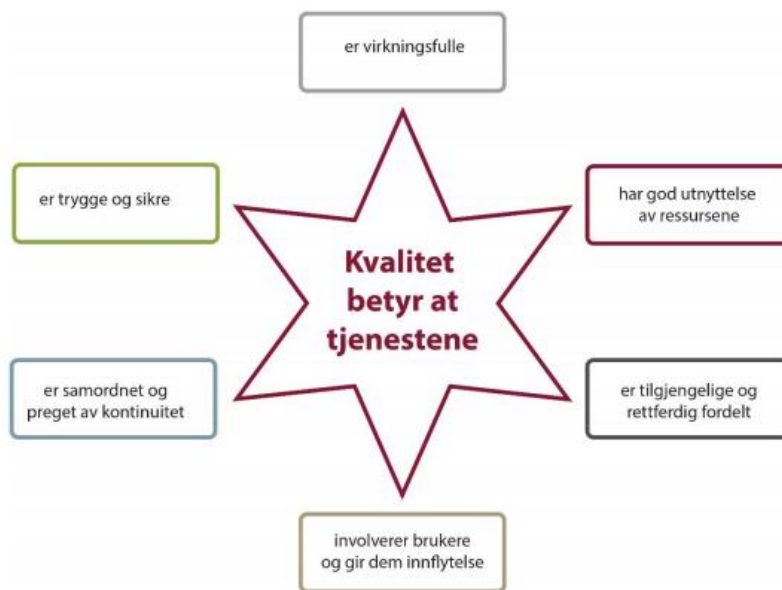
Kunnskapsbasert praksis består av seks trinn som bygger på hverandre, og fungerer som en brobygger mellom praksis og forskning (Nordtvedt et al. 2012, s. 22-23). De seks trinnene er, refleksjon, spørsmål formulering, litteratursøk, kritisk vurdere, anvende og evaluere (Nordtvedt et al. 2012, s. 22). Et hjelpemiddel til å arbeide kunnskapsbasert, er å bruke faglige retningslinjer. Helsepersonell i Norge har tilgang på oppdatert og oppsummert kunnskap via Helsebiblioteket. Det er en norsk nettside som gir kostnadsfri tilgang til retningslinjer, ulike databaser og tidsskrift. Ved søk etter litteratur, anbefales det å bruke kvalitetsvurdert forskning som retningslinjer og systematiske oversikter (Nordtvedt et al. 2012, s. 44-52). En kunnskapsbasert retningslinje bygger på kunnskap som er vurdert og er av god kvalitet (Nordtvedt et al. 2012, s. 47; Polit & Beck, 2017, s. 28-29). Retningslinjer kommer med kunnskapsbaserte anbefalinger til ulike kliniske problemstillinger (Polit & Beck, 2017, s. 28-29). Men ulike retningslinjene har ulik kvalitet, og det bør velges retningslinjer med god kvalitet (Hoffmann, Bennett & Mar, 2017, s. 14; Straus, Tetroe & Graham, 2013, s. 54). For å vurdere kvaliteten på retningslinjen, kan verktøyet Agree II brukes (Straus, Tetroe & Graham, 2013, s. 54). Når helsepersonell følger trinnene i kunnskapsbasert praksis, oppnås kvalitet i tjenestene ved at helsepersonell øker sin kunnskap (Hoffmann, Bennett, & Mar, 2017, s. 14; Nordtvedt et al. 2012, s. 22).

2.2 Kvalitet

Kvaliteten på helsetjenestene i Norge er god, men det vil alltid være rom for forbedringer (Regjeringen, 2020). Kvalitetsmålinger viser at det er et gap mellom anbefalinger fra retningslinjer og praksis (Nordtvedt et al. 2012, s. 23). Når nasjonale retningslinjer blir tatt i bruk, reduseres ulikheter i behandlingen pasienter mottar, uavhengig av hvilke sykehus behandling blir gitt på (Hoffmann, Bennett & Mar, 2017, s. 324; Registered Nurses' Association of Ontario, 2012, s. 20). Det tar ofte lang tid fra en retningslinjer er publisert, til

den er implementert og tatt i bruk av helsevesenet (Grol et al., 2013, s. 5). Det kan komme av at retningslinjer oppdateres ofte, og en oppdager ikke at ny kunnskapen er tilgjengelig og bør tas i bruk (Flottorp og Aakhus 2013, s. 188).

Høsten 2020 kom stortingsmelding 11 (2020-2021), det er økt oppmerksomhet på kvalitet og kvalitetsforbedring innenfor helsesektoren i Norge (Regjeringen, 2020). Hva som blir vurdert som god kvalitet i helsetjenesten, vil variere med hvem sitt ståsted en ser det fra. Pasienter kan ha en mening, mens helsepersonell kan ha en helt annet mening om hva er god kvalitet på helsetjenester (Legeforeningen, 2013, s. 2). Helsedirektoratet definerer kvalitet som: tjenester som blir gitt til pasienter skal ha effekt, være tilgjengelige og trygge å motta for pasientene og involverer brukerne av tjenestene (Helsedirektoratet, 2019b, s. 31). Dette kan vises i en modell for kvalitet (figur 1).



Figur 1. Modell for kvalitet (FHI, 2015, s. 20).

2.3 Kvalitetsforbedring

For å øke kvaliteten i helsetjenestene må en øke kompetansen hos helsepersonell, og gjennomføre kvalitetsforbedring i helsetjenestene (Helsedirektoratet, 2019b, s. 18).

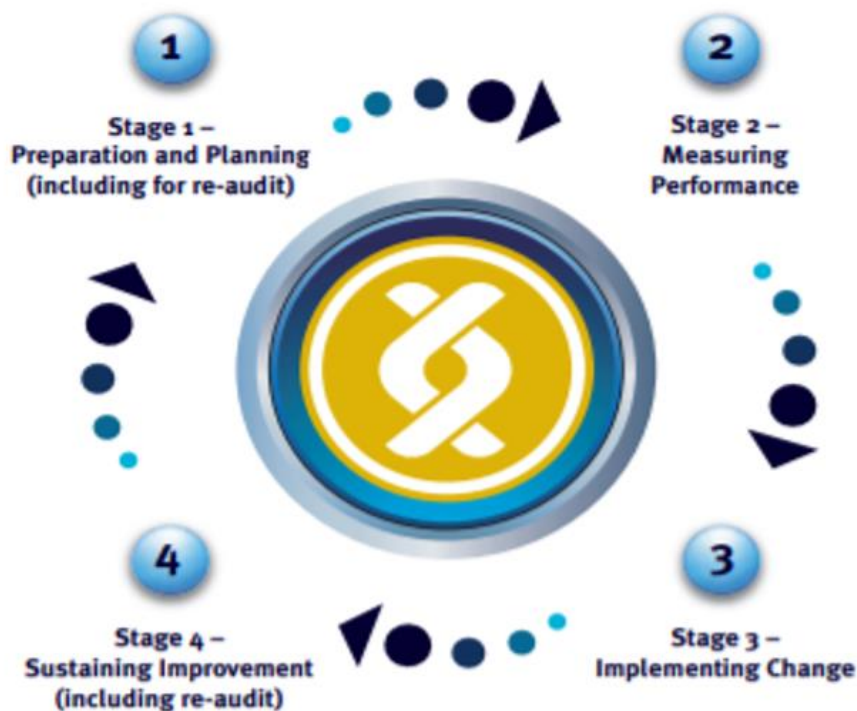
Kvalitetsforbedring er en systematisk prosess som gjøres kontinuerlig for å forbedre praksis ved å følge kunnskapsbaserte retningslinjer (Burgess, 2011, s. 23; Polit & Beck, 2017, s. 741). Men kvalitetsforbedring skjer ikke av seg selv, selv om helsepersonell blir oppmerksomme på

at kvaliteten på helsetjenestene de gir ikke holder mål (Grol et al., 2013, s. 5). For å gjennomføre kvalitetsforbedring innenfor helsetjenesten, kan en bruke metoden klinisk audit (Burgess, 2011, s.6)

3.0 Metode

I metodekapittelet vil jeg beskrive hvordan vi brukte klinisk audit fra Healthcare Quality Improvement Partnership (HIPQ) i dette kvalitetsforbedringsprosjektet (Burgess, 2011, s. xi-xii). Klinisk audit fra HIPQ består av fire trinn (figur 2), og bygger på kvalitetsvurdert kunnskap, kan brukes i alle deler av helsetjenesten, og er en god metode å bruke for å gjennomføre kvalitetsforbedring (Burgess, 2011, s. xiii-xiv; NICE, 2002, s. 1). Metoden har som mål å forbedre praksis gjennom å kartlegge dagens praksis og vurdere den opp mot eksplisitte kriterier, kartlegge barrierer, implementere tiltak og vurdere praksis på nytt. Er ikke målet oppnådd, kan metoden gjennomføres flere ganger, helt til ønsket mål er oppnådd (NICE, 2002, s. 1; Burgess, 2011, s. 6; Patel, 2010, s. 30). En klinisk audit kan gjennomføres av en person, en gruppe mennesker eller en organisasjon (NICE, 2002, s.11).

Prosjektet har utgangspunkt på et universitetssykehus i Norge, på en avdeling som gir pasienter med maling blodsykdom gjentagende cellegiftkurer som en del av behandlingen. Avdelingen har også flerregional funksjon for stamcelletransplantasjon.



Figur 2. Klinisk audit sirkel (Burgess, 2011, s. x).

3.1 Trinn 1 – Forberedelse og planlegging

Det første trinnet i klinisk audit starter med å avklare hvilke områder av helsetjenesten en ønsker gjennomføre kvalitetsforbedring på, og definere hva som er målet med auditen (Burgess, 2011, s. 23). Gjennom refleksjon over egen praksis, til spørsmålsformulering litteratursøk og kritisk vurdering bruker en de fire første stegene i kunnskapsbasert praksis når en forbereder og planlegger en klinisk audit.

3.1.1. Valg av forbedringsområde, formål og metode

Avdelingsledelsen hadde inntrykk av varierende praksis når det kom til utdeling av munnpleiesett til kreftpasienter som fikk cellegiftbehandling. De ytret et ønske om å kartlegge dagens praksis rundt utdeling av munnpleiesett og informasjon om denne ved å gjennomføre en klinisk audit. For å vurdere relevansen og gjennomførbarheten for en klinisk audit, valgte vi å bruke en sjekkliste. NICE (2002) har utviklet en sjekkliste på 45 punkt (NICE, 2002, s. 106-113), og Patel (2010) har utviklet en sjekkliste på 5 punkt (Patel, 2010, s. 32). Vi valgte å bruke en sjekkliste fra Patel (2010), og denne gav prosjektet vårt en score på 9 (vedlegg I).

Med en score på > 8 er det stor sjanse for at en klinisk audit vil lykkes, så vi valgte å fortsette prosjektet (Patel, 2010, s. 32).

3.1.2 Kunnskapsgrunnlag

Prosjektet bygger på retningslinjen *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen* (Helsedirektoratet, 2019a). Retningslinjen som bygger på forskningsbasert kunnskap ble sist oppdatert i 2019, er utgitt av Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2019a, s.7;125). Kvaliteten på retningslinjen *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen* ble vurdert ved hjelp av sjekklisten Agree II. Agree II en sjekkliste som består av 23 spørsmål, fordelt på 6 hovedområder, og kan brukes til å vurdere kvaliteten på helsefaglige retningslinjer (Agree Next Steps Consortium, 2017, s. 2). Ifølge sjekklisten Agree II vil metodisk resultat > 70 % vise at en retningslinje har høy kvalitet (AGREE Next Steps Consortium, 2017, s. 10). Metodisk kvalitet på *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen* blir samlet vurdert til å være 74,2 % (Vedlegg II). Retningslinjen kommer med en anbefaling om regelmessig bruk av munnpleiesett, og denne anbefalingen har evidens nivå A (Helsedirektoratet, 2019a, s. 82).

Retningslinjen henviser til Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer, som har utviklet en munnstell prosedyre for voksne pasienter med alvorlig sykdom (Helsedirektoratet, 2019a, s. 84). Formålet til prosedyren *Munnstell til voksne pasienter* er å opprettholde god munnhygiene og forebygge problemer som kommer av behandling og medisiner (Thorsen et al., 2016). Prosedyren er utviklet av Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer, og går mere i detalj på anbefalingene som fremkommer i retningslinjen. Munnstellprosedyren ble vurdert ved hjelp av sjekklisten for faglig vurdering av en retningslinje eller fagprosedyre (vedlegg III), og blir vurdert til å være av høy kvalitet (Helsebiblioteket, 2016).

3.1.3 Kartlegging av interessenter

Ved gjennomføring av en klinisk audit er det viktig å ha støtte fra ledelsen, så prosjektet ikke blir stoppet før det er gjennomført (NICE, 2002, s. 9). Selv om en har støtte fra ledelsen, vil det ikke være mulig å gjennomføre en klinisk audit aleine. Støtte må også komme fra interessenter som blir involvert i prosjektet, og det må utarbeide en realistisk plan for prosjektet så det ikke strander før det har startet (NICE, 2002, s. 17). Intressenter er mennesker som vil bli påvirket når en implementerer en retningslinje, og som kan påvirke

prosjektet med positive og negative krefter alt etter hvilke mål de har (Grol, Wensing, Eccles & Davis, 2013, s. 140 – 141; Registered Nurses' Association of Ontario, 2012, s. 36).

Interessenter som jeg vurderte ville bli påvirket av prosjektet var klinikk og avdelingsledelse, og sykepleiere på avdelingen hvor kvalitetsforbedringsprosjektet skulle gjennomføres (Figur 5). For å kartlegge hvem av interessentene som kunne påvirke prosjektet med positive og negative krefter, gjennomførte jeg samtaler med interessentene, og utførte en styrkeanalyse av interessentene (Grol et al., 2013, s. 140 – 141; Registered Nurses' Association of Ontario, 2012, s. 38-39). Det var mest positive krefter i prosjektet, men også noen negative (Figur 6).

For å øke motivasjonen for prosjektet, opprettet jeg en prosjektgruppe. Den bestod av prosjektleder, avdelingsledelse (avdelingssykepleier og fagsykepleier), to sykepleiere og en lege fra avdelingen. En prosjektgruppe kan drive prosjektet fremover, og ved å inkludere interessenter kan en styrke prosjektet (Patel, 2010, s. 32; NICE, 2020, s. 9; Polit & Beck, 2017, s. 608).

3.1.4 Kriterier og standard

En viktig del av klinisk audit er å definere eksplisitte kriterier for kvalitetsforbedringsprosjekt (Burgess, 2011, s. 33). Kriterier blir brukt for å beskrive ønsket mål på kvaliteten på helsetjenester som blir gitt på en avdeling, og må være så tydelige at de ikke kan misforstås (NICE, 2002, s. 22). Kriterier settes med utgangspunkt i forskningsbasert kunnskap, vanligvis en retningslinje eller systematiske oversikter av god kvalitet og må være målbare (NICE, 2002, s. 21). Vi gjennomførte et litteratursøk som resulterte i treff på flere systematiske oversikter fra Support Care Cancer (Hong et al., 2019; McGuire et al., 2013), og den utenlandske retningslinjen fra ESMO (Peterson et. al., 2015, s. 144), som kom med de samme anbefalinger som den norske retningslinjen. Kvaliteten på de systematiske oversiktene og den utenlandske retningslinjen ble vurdert til å være av god kvalitet (vedlegg IV). Kriteriene for denne auditen tok utgangspunkt i den norske retningslinjen Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen, og munnstellprosedyren for voksne pasienter som retningslinjen henviser til (Helsedirektoratet, 2019a, s. 84). Vi gjorde et bevisst valg og å ikke inkludere de systematiske oversiktene og den utenlandske retningslinjen i grunnlaget for kriteriene. Bakgrunnen for dette valget var at oppdateringsarbeidet med den norske retningslinjen startet i 2018 (Helsedirektoratet, 2019a, s. 130-131), og vi vurderte at retningslinjen bygget på det nyeste kunnskapsgrunnlaget.

I retningslinjen Palliasjon i kreftomsorgen står følgende anbefaling til kreftpasienter med oral mukositt:

« Støttebehandling med ulike hygieniske tiltak for pleie av munnslimhinnen har stor betydning, og det er utarbeidet munnpleieprotokoller (vurdering av tverrfaglig team med blant annet tannlege, bruk av munnpleiesett med pasientinformasjon) som har god forebyggende og lindrende effekt sammenlignet med ingen munnpleierutiner» (Helsedirektoratet, 2019a, s. 82).

I munnstellprosedyren står følgende anbefaling om informasjon til pasienter:

«Informert pasienten om betydningen av regelmessig munnstell og kort om hvordan munnstellet utføres. Skriftlig pasientinformasjon: Munnpleiemidler leveres til pasienter og/eller pårørende som senere forventes å ivareta munnstellet selv» (Thorsen et al., 2016).

Kriterier har tre målnivå, hva vi trenger (struktur), hva vi gjør (prosess), og resultat (hva skal vi oppnå) (Burgess, 2011, s. 33). Strukturkriterier refererer til mengden ressurser som trengs for å gi god helsehjelp, for eksempel antall ansatte på en avdeling. Prosesskriterier fokuserer på handlingene som utføres av helsepersonell. Resultatkriterier viser vanligvis responsen på en handling som er utført, det kan være hvor fornøyd eller misfornøyd en er med et tiltak (Burgess, 2011, s. 34-36). Med utgangspunkt i at sykepleierene har ansvaret for å dele ut munnpleiesett til pasientene før cellegiftkur og informere om bruken av det, utarbeidet vi to prosesskriterier som måler sykepleierene sine handlinger. Ved utarbeiding av kriterier ble det ikke tatt med tverrfaglig team, for legene har ansvaret for henvisning til tannlege, og det påvirker ikke sykepleierne sitt arbeid.

Kriterium 1 (tabell 1) måler sykepleier sine handlinger ved to ulike tidspunkt, og er etterlevd hvis sykepleier deler ut munnpleiesett til pasienten før cellegiftkur, og tilbyr påfyll på munnpleiesett når pasienten kommer tilbake til avdelingen for ny kur.

Kriterium 2 måler om sykepleierene informerer pasientene om munnstell før cellegiftbehandling.

KRITERIER		STANDARD %	KUNNSKAPSGRUNNLAG
1.	Sykepleier deler ut munnpleiesett til pasienter før cellegiftbehandling	100	(Helsedirektoratet, 2019a, s. 82-84; Thorsen et al., 2016).
2.	Sykepleier informerer pasienter om munnstell før cellegiftbehandling	100	(Helsedirektoratet 2019a, s. 82 Thorsen et al., 2016).

Tabell 1. Kriterier og standard

Standard viser ønsket målnivå for etterlevelse av kriterier, og vises i prosent (Burgess, 2011, s. 40-41; Patel, 2010, s. 31). I dette prosjektet ble standard satt til 100 % for begge kriterier (tabell 1). Denne standard ble satt for vi vurderte at kriteriene hadde stor betydning for pasientene, var lette å gjennomføre for sykepleierene og mulig å oppnå.

3.1.5 Fremdriftsplan

I samarbeid med prosjektgruppen ble det utviklet en fremdriftsplan (vedlegg V), for å unngå misforståelser, uenigheter og forsinkelser. Den ble tilpasset driften i avdelingen, slik at en unngikk aktiviteter i ferier. Fremdriftsplanen viste hvem som hadde ansvaret for de ulike delene, og i hvilke tidsrom de ulike aktivitetene skulle utføres. Det ble tatt høyde for at det kunne forekomme forsinkelser, så det var lagt inn ledig tid mellom de ulike aktivitetene. Prosjektleder hadde ansvaret for at planen ble fulgt, og skulle informeres om det ble avvik i planen slik at endringer kunne gjennomføres på en god måte. Avdelingen hadde munnpleiesett, så det påløp ingen ekstra kostnader ved å gjennomføre prosjektet.

3.1.6 Etikk

Det ble sendt en søknad til det lokale Personvernombudet i helseforetaket, hvor kvalitetsforbedringsprosjektet var planlagt gjennomført. Det ble søkt om å få gjennomføre en anonym spørreundersøkelse ved audit og re-audit blant sykepleierne på avdelingen, med frivillig deltagelse. Ved å svare på spørreskjema, gav de sitt samtykke til deltagelse. Søknad ble sendt 13. April 2020, og 17. April 2020 mottok en melding fra Personvernombudet at prosjektet var Akseptert / tilrådd med ref.nr: 1449. Det var ikke behov for å søke REK

(Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk), siden prosjektet blir definert som kvalitetsforbedringsprosjekt (Personvernombudet, 2016).

3.2 Trinn 2 – Kartlegging av dagens praksis

Trinn 2 i klinisk audit omhandler å kartlegge dagens praksis på avdelingen hvor kvalitetsforbedringsprosjektet gjennomføres, og bygger på kriteriene som er satt. Ved datainnsamling skal bare data som er nødvendig for å vurdere om standard er oppnådd samles inn (NICE, 2002, s. 34). Men noen ganger kan det være behov for å samle inn bakgrunnsvariabler (Grol et al., 2013, s. 346-347).

3.2.1 Populasjon og utvalg

Avdelingen hvor dette kvalitetsforbedringsprosjektet ble gjennomført har plass til 14 pasienter, og det er ansatt 46 sykepleiere. Ved hjelp av utvalgskalkulatoren Raosoft (Raosoft, 2004), ble det beregnet at en trengte data fra minimum 42 sykepleiere (vedlegg VI) for å få et 95 % konfidensintervall som ville dekke populasjonsverdien for prosent etterlevelse med en feilmargin på 5 %. For å få et representativt utvalg så resultatene ikke bygger på tilfeldigheter, valgte vi å inkludere alle sykepleierne som jobbet fast på avdelingen i utvalget for datainnsamling. Helsefagarbeidere og assistenter ble ekskludert fra undersøkelsen siden de ikke har ansvar for pasienter ved oppstart av cellegiftkur.

3.2.2 Datainnsamlingsverktøy

Sykepleierne sine handlinger skal måles, men søk i journaler viste at det ikke ble dokumentert om munnpleiesett var utdelt eller om pasienter ble informert i bruken av det. Pasientjournal kunne derfor ikke brukes som datakilde. I klinisk audit er det vanlig å innhente data retrospektivt fra journaler og rapporter, men spørreskjema blir også brukt (NICE, 2002, s. 40; Burgess, 2011, s. 62-63). Et eget spørreskjema med åtte spørsmål ble utviklet, siden søk etter relevant spørreskjema ikke gav resultat (vedlegg VII). Spørreskjemaet inneholdt multi-valg spørsmål med minst tre svarvalg (Polit & Beck, 2017, s. 270-271). Det ble tilpasset datakilden, og var tydelig på hvilke data som ble samlet inn (NICE, 2002, s- 34-35). Dataene som ble samlet inn var nødvendig for å vurdere om kriterium var oppnådd, i tillegg ble

nødvendige bakgrunnsvariabler innsamlet. Spørreskjemaet var anonymt, for at sykepleierne lettere skulle kunne svare sannferdig. Samme spørreskjema ble brukt ved audit og re-audit.

En gruppe bestående av seks sykepleiere og en lege vurderte innholdsvaliditet og face validitet for spørreskjemaet. Innholdsvaliditet ble utført ved at en i gruppen leste opp et spørsmål, og så skulle resten vurdere om de forstod hva en ønsket å måle. De skiftet på å lese opp spørsmålene til alle var opplest. Innholdsvaliditet vil si at en måler relevansen og forståelsen av spørreskjemaet (Polit & Beck, 2017, s. 309-310). Ved face validering ser en på spørsmålene og vurderer om de måler det som det er tiltenkt at de skal måle (Polit & Beck, 2017, s. 310). Gruppen mente at spørreskjemaet kartla om sykepleierene delte ut munnpleiesett før cellegiftkur, tilbød påfyll på munnpleiesett og informerte om bruken av munnpleiesett, og det gav svar på årsaker til at kriterier ikke var etterlevd.

Det ble utført pilot test av spørreskjema på seks tilfeldig valgte sykepleiere, og ved samtale med de etter pilottesting var tilbakemeldingen at spørreskjemaet lett å forstå, og raskt å svare på. En gjennomgang av de ferdig utfylte spørreskjemaene i pilottesten, viste at ingen var feil utfylt, og vi vurderte at spørreskjemaet var klart til å tas i bruk. Pilottesting utføres for å kartlegge om spørreskjema må justeres før det kan brukes (Grol et al., 2013, s. 126).

3.2.3 Datainnsamling

Ledelsen ved avdelingen hadde satt av tid på et personalmøte, slik at det kunne gis informasjon om datainnsamlingen som skulle gjennomføres. Samme informasjon ble sendt til sykepleierne sin jobbmail, og lagt ut på de ansatte sin Facebook gruppe. Datainnsamling til audit ble utført i perioden april 2020 –mai 2020, og re-audit i perioden november 2020- desember 2020. Spørreskjemaet ble utdelt personlig til alle fast ansatte sykepleiere på avdelingen, og navnet ble krysset ut på en navneliste for å kontrollere at alle mottok et skjema. Det var frivillig å svare på spørreundersøkelsen, med ved å innlevere spørreskjema samtykket de til å delta i prosjektet. En konvolutt merket med «Kvalitetsforbedringsprosjekt» og prosjektleder sitt telefonnummer ble hengt opp for innsamling av ferdig utfylte spørreskjema. Prosjektleder tømte konvolutten regelmessig. Ved lav deltagelse ble det sendt ut purring.

3.2.4 Dataanalyse

De innsamlede kvantitative dataene ble registrert i SPSS, versjon 26 (IBM Corp., 2019) og programvaren R versjon 4.0.5 (R Core Team, 2021) av prosjektlederen, og kontrollert av et medlem av prosjektgruppen for kvalitetssikring. Deskriptiv statistikk ble brukt for å presentere resultatene med antall og prosent. Kji-kvadrat test ble brukt for å undersøke endring fra audit til re-audit. Z-pooled eksakte test ble brukt der kji-kvadrat test ikke kunne brukes.

3.3 Trinn 3- Implementering

Trinn tre omhandler endring av praksis ved å implementere ny kunnskap (Burgess, 2011, s. 82). Ved implementering gjennomføres ulike tiltak rettet mot kartlagte barrierer i organisasjonen eller mot individuelle faktorer, for å få helsepersonell til å endre sin praksis. (Polit & Beck, 2017, s. 616; Grol et al., 2013, s. 10-11; Fretheim, Flottorp & Oxman, 2015, s. 37).

3.3.1 Idedugnad og årsaks- virknings analyse

På et personalmøte gav prosjektlederen muntlig feedback fra audit, for å vise at det var behov for en endring av praksis på avdelingen. Feedback aleine er ikke nok til å endre praksis, så for å kartlegge årsaken til til gapet mellom praksis og anbefalingene fra retningslinjen ble det gjennomført en idedugnad på et personalmøte, i tråd med anbefalingene til Registered Nurses' Association of Ontario (Registered Nurses' Association of Ontario, 2012, s. 25). Det ble hengt opp en konvolutt på personalrommet, hvor de som ikke deltok på møte kunne legge lapper med det de mente var mulige årsaker. Ideene ble gruppert, og resultatet ble satt inn i et fiskebeinsdiagram (figur 7). Fiskebeinsdiagram er et verktøy der en kan vise årsak – virkning (Grol et al., 2013, s. 160).

3.3.2 Søk etter implementeringsforskning

Et ikke uttømmende søk ble utført i Cochrane Effective Practice and Organisation of Care (EPOC) (vedlegg IX), og i databasene Implementation Science og Epistemonikos etter forskningslitteratur om implementeringstiltak for kvalitetsforbedring. Totalt ble syv artikler inkludert, derav 5 systematiske oversikter (Flodgren et al., 2019; Mathieson, Grande & Luker,

2018; Ivers et al., 2014; Ivers et al., 2012; & O'Brien et al., 2007) en rapport fra Kunnskapssenteret (Fretheim et al., 2015), og en artikkel (Flottorp & Aakhus, 2013). Litteraturen ble kritisk vurdert ved å bruke sjekklister for vurdering av forskningslitteratur fra Helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2016). Relevant litteratur fra søket etter implementeringsforskning ble satt inn i en litteraturtabell (Vedlegg IV).

3.3.3 Tiltak for å endre praksis

Med utgangspunkt i implementeringsforskning ble det planlagt flere implementeringstiltak. Ved lav etterlevelse av en retningslinje sine anbefalinger, har audit og feedback vist seg å ha effekt (Fretheim et al., 2015, s.35; Ivers et al., 2012, s. 31). Når manglende kunnskap er en barriere som forhindrer at en retningslinje blir fulgt kan praksisbesøk med undervisning og trening være et godt verktøy (O'Brien et al., 2007, s. 16; Fretheim et al., 2015, s.36; Mathieson, Grande & Luker, 2018, s. 5). Forskning har vist at ved å bruke lokal opinionsleder kan en øke etterlevelsen av retningslinjen siden en opinionsleder kan ha innflytelse på resten av personalet (Flodgren et al., 2019, s.2; Fretheim et al., 2015, s.36). Påminnere (vedlegg VIII) er et tiltak som minner sykepleierne på hva de skal gjøre, og er mest effektivt når det kommer med et konkret tiltak (Fretheim et al., 2015, s. 31). De planlagte tiltakene ble gjennomført i perioden august til oktober 2020.

3.4 Trinn 4 – Opprettholde endring og re-audit

Trinn 4 som er det siste steget i klinisk audit, er å opprettholde endring, utføre re-audit og evaluere resultatet (NICE, 2002, s. 59).

For å opprettholde endringer, er det planlagt i samarbeid med fagsykepleier at opinionsleder skal undervise om oral mukositt og munnstell til kreftpasienter hver halvår på avdelingen sin internundervisning. Når det er en plan for opprettholdelse og det gjennomføres ny datainnsamling opprettholdes fokuset på endringene som er gjort (NICE, 2002, s. 60).

Vi valgte å utføre re-audit ca. en måned etter at tiltakene var implementert, for vi vurderte at tiltakene som var gjennomført ikke hadde krevde store endringer i personalet sin arbeidshverdag. Dette er i samsvar med Burgess (2011) sin anbefaling som sier at ved enkle prosedyrer kan en gjennomføre re-audit i en normal periode en til seks måneder etter implementering (Burgess, 2011, s. 98). For å kunne sammenligne data fra re-audit ble samme

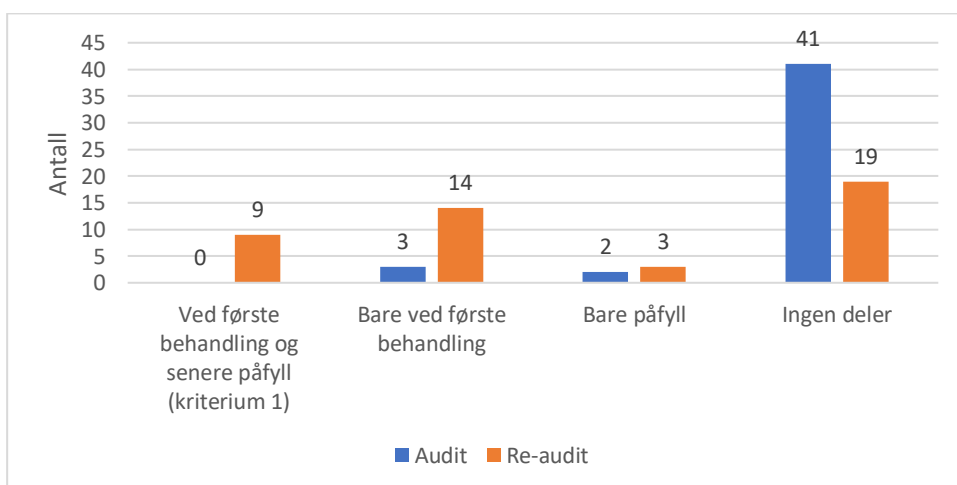
metode med datainnsamling og analyse brukt som ved audit (Nice, 2002, s. 60). Personalet ble informert via personal møte, mail og personalet sin Facebook gruppe. Resultatet fra re-audit er planlagt presentert for personalet ved avdelingen høsten 2021. Noen ganger blir ikke standard møtt, og det anbefales da å gjenta de ulike stegene i klinisk audit (Burgess, 2011, s. 101).

4.0 Resultater

Resultater fra kriterium knytt til audit og re-audit vil bli presentert her, men vil bli diskutert i artikkelen. Bakgrunnsvariabler ble samlet inn, og resultatet fra de vil bli presentert i artikkel og kappe, men blir drøftet i kappen. Resultater fra tiltak vil bli noe overlappet her og i artikkel.

4.1 Etterlevelse av kriterier ved audit og re-audit

På spørsmål om sykepleier alltid delte ut eller sørget for påfyll av munnplesett til kreftpasienter før oppstart av cellegiftkur var andelen som svarte «ja, alltid», 0 % ved audit, og 20,0 % ved re-audit (figur 3). Videre fant vi at endringen var større når vi så separat på utdeling av munnplesett før første behandling (6,5 % til 31,1 %), enn for utdeling av påfyll ved senere behandlinger (4,3 % til 6,7 %) (figur 3). Når det kom til spørsmålet om pasientene fikk informasjon om munnstell før cellegiftkur var antallet som svarte «ja alltid» 39,1 % ved audit, og 75,6% ved re-audit (Tabell 4).



Figur 3. Utdeling av munnplesett før kur og tilbud om påfyll ved senere behandling

4.2 Etterlevelse av kriterier fordelt etter ansiennitet

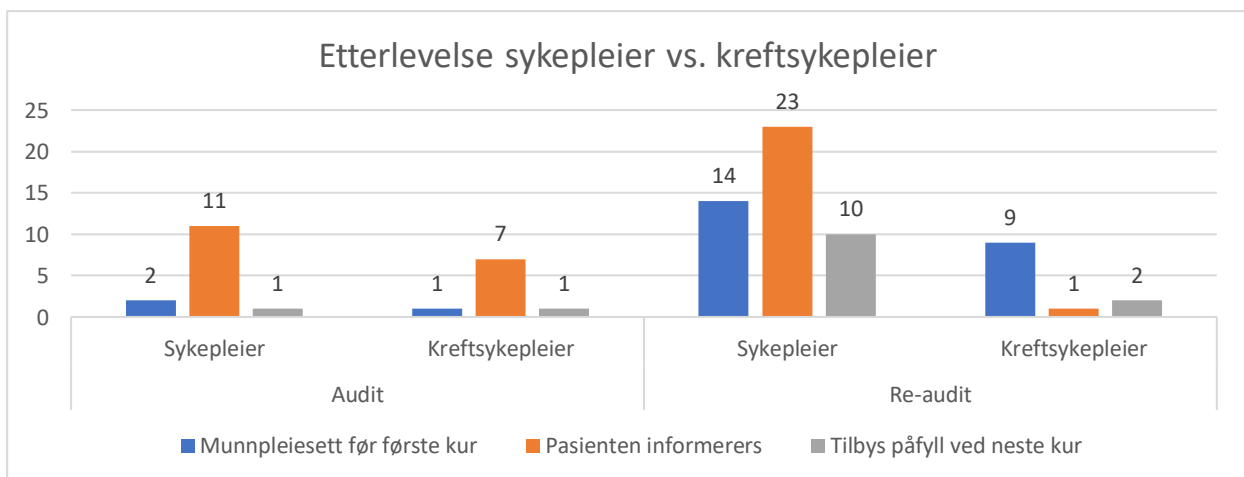
Resultatet fra audit viste at ingen av sykepleierene etterlevde kriterie 1, og for kriterie 2 var det sykepleierene med mere enn 10 års ansiennitet i avdelingen som hadde høyest etterlevelse 17,4 % (n = 8) (tabell 3). Ved re-audit var det sykepleiere med 0-3 år, og > 10 års ansiennitet fra avdelingen 6,7 % (n = 3) som hadde høyest etterlevelse av kriterie 1. For kriterie 2, var det sykepleierene med 0-3 års ansiennitet 26,6 (n = 12) (tabell 3) som hadde høyest etterlevelse.

Audit n= 46			Re-audit n = 45	
Ansiennitet	Etterlevd K1	Etterlevd K2	Etterlevd K1	Etterlevd K2
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Ansatt 0-3 år	0,0 (0)	10,9 (5)	6,7 (3)	26,6 (12)
Ansatt 4-6 år	0,0 (0)	10,9 (5)	4,4 (2)	17,8 (8)
Ansatt 7-10 år	0,0 (0)	0,0 (0)	2,2 (1)	13,3 (6)
Ansatt > 10 år	0,0 (0)	17,4 (8)	6,7 (3)	17,8 (8)

Tabell 3. Etterlevelse av kriterier fordelt etter ansiennitet

4.3 Utdeling av munnplesett og informasjon fordelt etter sykepleier vs. kreftsykepleier

Resultatet viste at det var sykepleierene uten videreutdanning i kreftsykepleiere som hadde høyere etterlevelse når det kom til utdeling av munnplesett før kur og informere pasientene om bruken av munnplesettet og tilby påfyll når pasientene kom tilbake til avdelingen for ny cellegiftkur ved audit og re-audit (figur 4).



Figur 4. Utdeling av munnplesett og informasjon fordelt etter sykepleier vs. kreftsykepleier

4.4 Kartlegging av barrierer

Ved audit svarte 46 (100%) sykepleiere på det anonyme spørreskjemaet uten puring, og ved re-audit svarte 45 (93,8%) etter en puring.

På spørsmål om sykepleier alltid delte ut munnplesett til pasienter før første cellegiftbehandling svarte 6.5 % (n = 3) ja alltid ved audit, og 51.1 % (n = 23) ved re-audit, en forbedring på 44.6 % (n = 20) (tabell 4, figur 3). Barrierekartleggingen for dette spørsmålet viste en forbedring over tid for alle gitte årsaker, med ett unntak. Det var flere ved re-audit som oppgav «travelt i avdelingen» som årsak ved re-audit 24,4 % (n = 11) enn ved audit 2,2 % (n = 1) (tabell 4).

På spørsmål om sykepleier informerte pasienten om hvordan munnplesettet skulle brukes svarte 39.1 % (n = 18) ja alltid ved audit, og 75.6 % (n = 34) ved re-audit, en forbedring på 36,5 % (n = 16) (tabell 4). Barriere kartlegging for dette spørsmålet viste forbedring over tid for alle gitte årsaker, med et unntak. Det var flere ved re-audit som oppgav «annen årsak» som årsak ved re-audit 4,4 % (n = 2) enn ved audit 2,2 % (n = 1) (tabell 4).

På spørsmål om sykepleier tilbød påfyll på munnplesett når pasienter kom tilbake til avdelingen for ny cellegiftkur svarte 4.3 % (n = 3) ja alltid ved audit og 26.7 % (n = 12) ved re-audit, en forbedring på 22,4 % (n = 10) (tabell 4). Barrierekartleggingen for dette spørsmålet viste en forbedring over tid for alle gitte årsaker, med ett unntak. Det var flere ved re-audit som oppgav «travelt i avdelingen» som årsak ved re-audit 15,6 % (n = 7) enn ved audit 2,2 % (n = 1) (tabell 4).

Spørsmål	Audit n=46 % (n)	Re-audit n= 45 % (n)	Endring % (n)
Munnpleiesett før første behandling?			
Ja, alltid	6,5 (3)	51,1 (23)	44,6 (20)
Noen ganger	78,3 (36)	46,7 (21)	- 31,6 (-15)
Nei	10,9 (5)	0,0 (0)	- 10,9 (-5)
Vet ikke	4,3 (2)	2,2 (1)	- 2,1 (-1)
Hvorfor ikke alltid munnpleiesett?	n = 43	n= 22	
Ikke fått info om at det skal gjøres	10,9 (5)	0,0 (0)	-10,9 (5)
Glemmer det	32,6 (15)	20,0 (9)	-12,6 (-6)
Usikker på hvilke pasienter skal få munnpleiesett	23,9 (11)	2,2 (1)	-21,7 (-10)
Avd. tom for munnpleiesett	8,7 (4)	0,0 (0)	-8,7 (-4)
Munnpleiesett er ikke komplette	10,9 (5)	0,0 (0)	- 10,9 (-5)
Travelt i avdeling / ikke tid	2,2 (1)	24,4 (11)	22,2 (10)
Annen årsak	4,3 (2)	2,2 (1)	- 2,1 (1)
Informeres pasienten i bruk av munnpleiesett?	n = 46	n= 45	
Ja, alltid	39,1 (18)	75,6 (34)	36,5 (16)
Noen ganger	56,5 (26)	22,2 (10)	- 34,3 (-16)
Nei	2,2 (1)	0,0 (0)	- 2,2 (-1)
Vet ikke	2,2 (1)	2,2 (1)	0,0 (0)
Hvorfor ikke informasjon?	n=28	n=11	
Ikke fått info om at det skal gjøres	4,3 (2)	0,0 (0)	- 4,3 (-2)
Glemmer det	10,9 (5)	0,0 (0)	- 10,9 (-5)
Det ligger pasientinformasjon i munnpleiesettet	21,7 (10)	11,1 (5)	-10,6 (-5)
Travelt i avd. / ikke tid	21,7 (10)	8,9 (4)	- 12,8 (-6)
Annen årsak	2,2 (1)	4,4 (2)	2,2 (1)
Tilbys pasienter påfyll på munnpleiesett?	n=46	n=45	
Ja, alltid	4,3 (2)	26,7 (12)	22,4 (10)
Noen ganger	69,9 (32)	53,3 (24)	- 16,6 (-8)
Nei	19,6 (9)	17,8 (8)	- 1,8 (-1)
Vet ikke	6,5 (3)	2,2 (1)	- 4,3 (2)
Hvorfor ikke tilbud om påfyll ?	n=44	n=33	
Ikke fått info om at det skal gjøres	17,4 (8)	0,0 (0)	- 17,4 (-8)
Glemmer det	43,5 (20)	31,1 (14)	- 12,4 (-6)
Pasienter bør gi beskjed om de trenger påfyll	23,9 (11)	22,2 (10)	- 1,7 (-1)
Travelt i avd. / ikke tid	2,2 (1)	15,6 (7)	13,4 (6)
Annen årsak	8,7 (4)	4,4 (2)	- 3,7 (-2)

Tabell 4. Kartlegging av barrierer

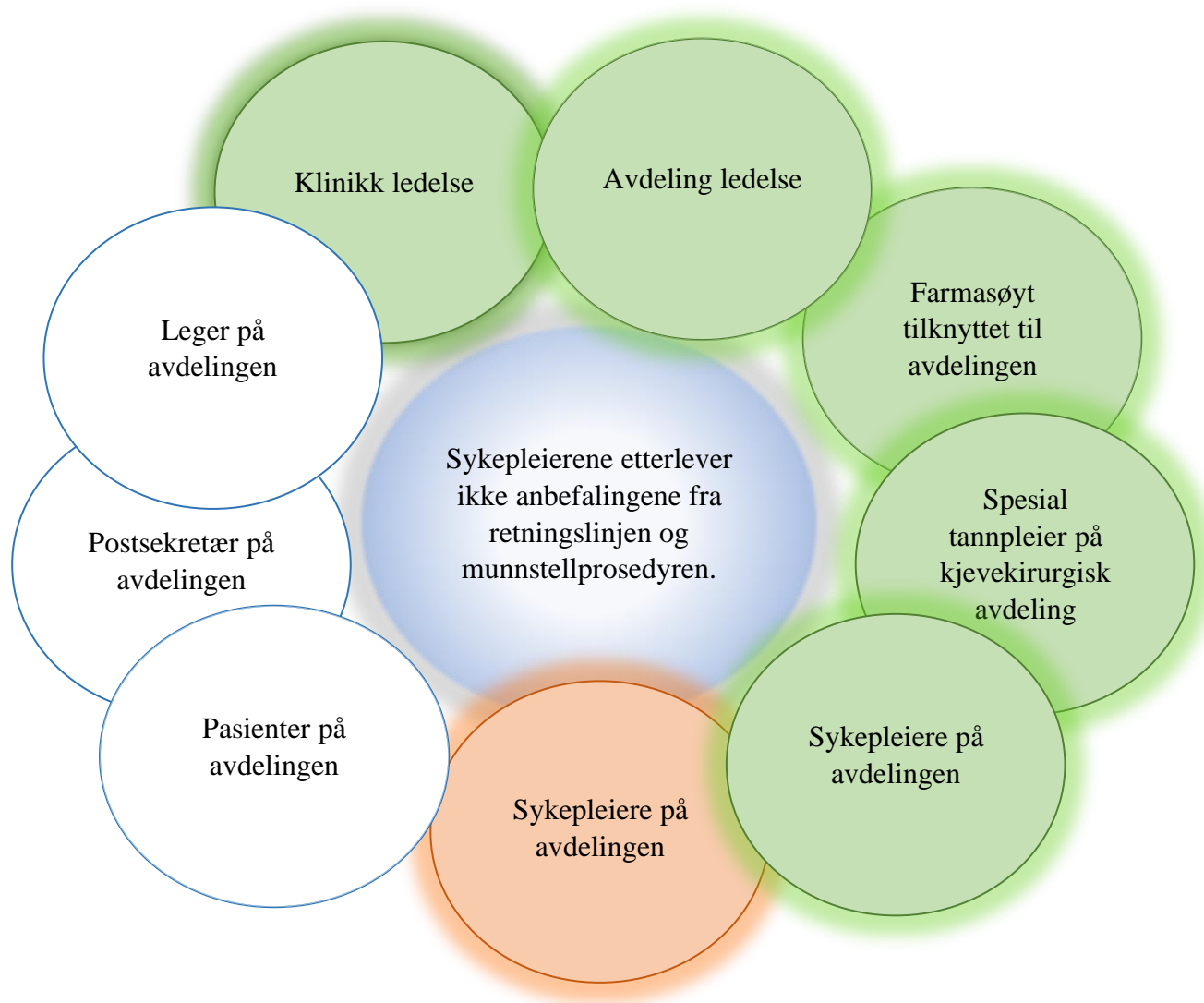
4.5 Årsaker til at pasienter ikke informeres

Ved audit var største årsaken til at sykepleierene ikke alltid informerte pasientene om munnstell 23,8 % (n = 5) «det ligger pasientinformasjon i munnpleiesettet», og ved re-audit var antallet økt til 28,6 % (n = 2) for samme årsak (tabell 5). For kreftsykepleierne var årsaken 28,6 % (2) «glemmer det» og 28,6 % (2) «travelt / ikke tid» ved audit (tabell 5). Ved re-audit var største årsaken travelt/ ikke tid 50,0 % (n = 2).

Årsaker til at pasienter ikke informeres i bruken av munnplesesettet					
Årsak	Ikke fått info om at det skal gjøres	Glemmer det	Pasient informasjon i munnplesesett	Travelt / ikke tid	Annen årsak
Ansatt år					
Audit Sykepleier n = 21 % (n)					
Ansatt 0-3 år	9,5 % (2)	4,8 % (1)	9,5 % (2)	14,2 % (3)	4,8 % (1)
Ansatt 4-6 år	-	-	23,8 % (5)	14,2 % (3)	-
Ansatt 7-10 år	-	4,8 % (1)	4,8 % (1)	-	-
Ansatt > 10 år	-	4,8 % (1)	4,8 % (1)	-	-
Audit kreftsykepleier n = 7					
Ansatt 0-3 år	-	-	-	14,3 % (1)	-
Ansatt 4-6 år	-	-	-	-	-
Ansatt 7-10 år	-	28,6 % (2)	-	14,3 % (1)	-
Ansatt > 10 år	-	-	14,3 % (1)	28,6 % (2)	-
Re-audit Sykepleier n = 7					
Ansatt 0-3 år	-	-	28,6 % (2)	14,3 % (1)	14,3 % (1)
Ansatt 4-6 år	-	-	14,3 % (1)	-	14,3 % (1)
Ansatt 7-10 år	-	-	-	-	-
Ansatt > 10 år	-	-	-	14,3 % (1)	-
Re-audit kreftsykepleier n = 4					
Ansatt 0-3 år	-	-	-	-	-
Ansatt 4-6 år	-	-	25,0 % (1)	-	-
Ansatt 7-10 år	-	-	25,0 % (1)	-	-
Ansatt > 10 år	-	-	-	50,0 % (2)	-

Tabell 5. Årsaker til at pasienter ikke informeres i bruken av munnplesesett fordelt etter ansiennitet og videreutdanning

4.6 Interessenter og styrkeanalyse av interessenter

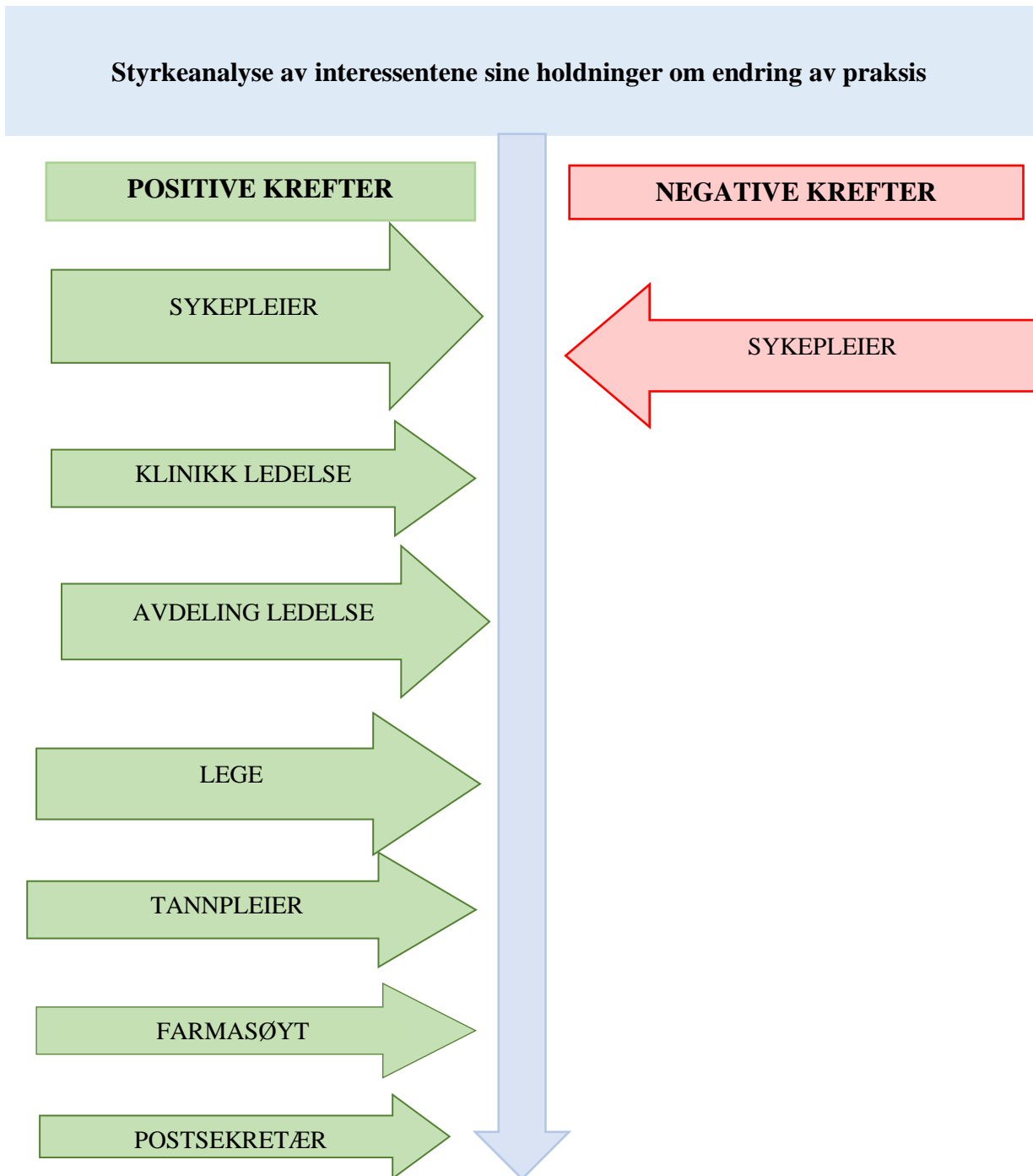


Nøytrale interessenter er ikke markert, positive interessenter er grønne og negative interessenter er markert med rødt.

Figur 5. Interessenter

Kartleggingen av interessenter viste at legene og postsekretæren på avdelingen var nøytrale til prosjektet, men de kunne bidra med positive krefter til prosjektet. Pasientene var nøytrale, men det var til deres fordel at sykepleierene fulgte anbefalingen fra retningslinjen og munnstellprosedyren. Klinikk ledelsen og avdelingsledelsen var kun positive, siden det var i deres interesse at avdelingen fulgte anbefalinger fra retningslinjer. Spesialtannpleier og farmasøyt var positive til prosjektet, og kunne bidra med kunnskap til prosjektet. De fleste

sykepleierene var positive prosjektet, men noen var negative for de mente det medførte økt arbeidsmengde.

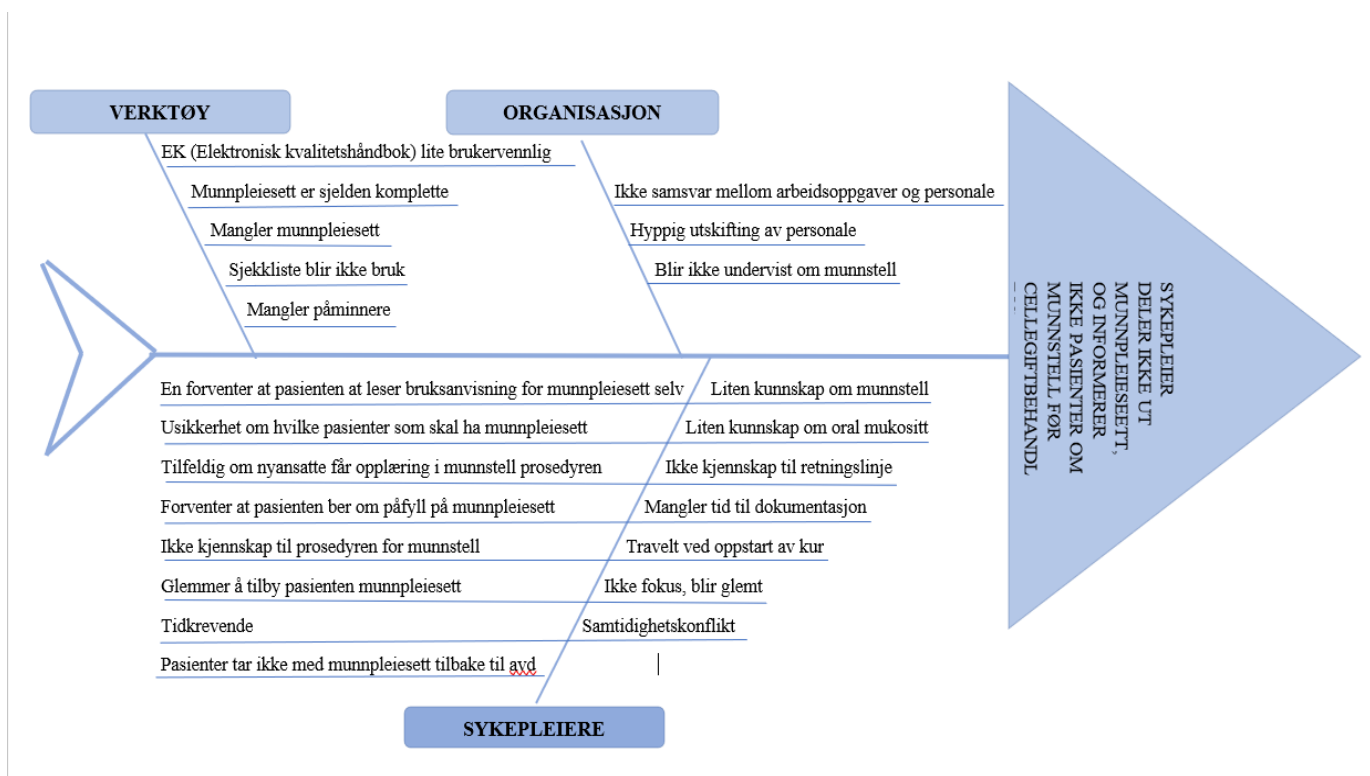


Interessenter som kan påvirke prosjektet med positive krefter er grønne, og interessenter som kan påvirke prosjektet med negative krefter er røde.

Figur 6. Styrkeanalyse av interessenter

4.7 Årsak-virkning analyse

Kartleggingen viste at det var tre kjerneområder, sykepleier, verktøy og organisasjon, der sykepleier peker seg ut som det største området med 14 av totalt 22 årsaker (Figur 7). Liten kunnskap om retningslinjen, oral mukositt og munnstell til pasienter som får cellegift behandling, førte til at sykepleierne ikke hadde fokus på utdeling av munngleiesett til pasienter. Det gjorde at de glemte å dele ut munngleiesett ved oppstart av cellegiftkur, og informere pasientene om munnstell. Manglende og ikke komplette munngleiesett gjorde at munngleiesettene ikke blir delt ut når sykepleierne husker på det ved oppstarten av cellegiftkur.



Figur 7. Fiskebeinsdiagram.

5.0 Drøfting

Dette kvalitetsforbedringsprosjektet ble gjennomført for å kartlegge om sykepleierene fulgte anbefalingen fra retningslinjen og munnstell prosedyren om utdeling av munnpleiesett, og informasjon om hvordan det brukes. Styrker og svakheter ved prosjektet, implementeringstiltak og resultater av bakgrunnsvariabler vil bli drøftet her.

Hovedfunn

Kriterie 1 ble ikke etterlevd ved audit, og ved re-audit var det sykepleierene med 0-3 år og > 10 års ansiennitet som hadde høyest etterlevelse 6,7 %. Kriterie 2 hadde høyest etterlevelse 17,4 % av sykepleiere med > 10 års ansiennitet ved audit, For kriterie 2 så vi en endring der sykepleiere med 0-3 års ansiennitet hadde høyest etterlevelse 26,6 % ved re-audit.

Vi så en forskjell mellom sykepleierene og kreftsykepleierne når det kom til utdeling av munnpleiesett, informere om bruken av det, og tilby påfyll ved neste kur. På alle tre områdene var det flest sykepleiere som fulgte anbefalingen fra retningslinjen, og største forskjellen var på om pasienten ble informert om munnstell. Ved audit var forskjellen 8,7 %, og ved re-audit var forskjellen økt til 48,9 %.

Største årsaken til at sykepleiere ikke informerte om bruken av munnpleiesettet ved audit var «det ligger informasjon i munnpleiesett» 23,8 %. Kreftsykepleierne oppgav «glemmer det» og «travelte» som de største årsakene begge med 28,6 %. Ved re-audit var årsaken «det ligger informasjon i munnpleiesett» uendret for sykepleierene, var andelen som ikke informerte økt til 28,6 %. For kreftsykepleierne var årsaken endret til «travelte» og det var 50 % som oppgav den årsaken.

5.1 Drøfting av metode

Fra forskning vet vi at det kan ta lang tid fra en retningslinje er oppdatert til den er tatt i bruk av helsepersonell (Flottorp og Aakhus, 2013, s. 188). Kvalitetsforbedring med klinisk audit er en god metode å bruke når det er et gap mellom praksis og kunnskapsbaserte anbefalinger, ved at praksis blir kartlagt og tiltak basert på kartlagte barrierer blir implementert.

Da vi startet vårt prosjekt, hadde ingen i prosjektgruppen erfaring med kvalitetsforbedringsprosjekt med klinisk audit. Siden dette prosjektet ble gjennomført som en

masteroppgave, var det ikke tid til å utvikle ferdigheter om klinisk audit før vi startet, og ifølge Burgess (2011), kan manglende erfaring med klinisk audit være en barriere for å lykkes (Burgess, 2011, s. 54). Det kan ikke utelukkes at vi har tatt valg gjennom prosjektet som kan ha påvirket prosjektet negativt. Kanskje ville vi ha oppnådd høyere endring i etterlevelse av kriteriene med erfaring og kunnskap om hvordan en gjennomfører en klinisk audit. Men noen ganger måler en ikke store endringer etter implementering, men selv en endring på 10 % kan være et viktig steg mot etterlevelse av retningslinjer (Hoffmann, 2017, s. 400; Ivers et al., 2014, s. 1540). Vi oppnådde en økning i etterlevelsen på 20 % for kriterie 1, og 36,4 % for kriterie 2, og mener at det var et viktig steg i riktig retning.

5.2 Styrker og svakheter ved datainnsamling og spørreskjema

Vi hadde beregnet at vi måtte ha svar fra 42 sykepleiere for å få svar som var statistisk signifikante, selv om en kan gjennomføre kvalitetsforbedringsarbeid med svar fra 20-30 personer (Brudvik, s. 1). Ulempen når datamaterialet er lite, er at den statistiske styrken kan svekkes (Polit & Beck, 2017, s. 221). Med svar fra 46 sykepleiere ved audit og 45 ved re-audit fikk vi svar fra flere enn vi hadde beregnet vi trengte, og vi anser den statistiske styrken på materialet som god.

Flere metoder ble vurdert til innsamling av data, deriblant intervju og direkte observasjon. Inviduelle intervju ble vurdert med tanke på at det har høy svarrespons (Polit & Beck, 2017, s. 275), men ble forkastet for vi var redd flere ville svare «vet ikke», for å ikke stille seg selv i et dårlig lys (Polit & Beck, 2017, s. 280). Ved direkte observasjon observeres det om sykepleierene deler ut munnpleiesett og informerer om bruken av det. Fordelen med denne metoden er at den er nøyaktig, men mennesker som blir observert kan tilpasse sine handlinger slik at de passer med det som skal observeres (Polit & Beck, 2017, s. 173).

Vi valgte å bruke et selvutviklet spørreskjema for å innhente data som gav svar på kriteriene som var satt. Ved å bruke spørreskjema kan en nå potensielt mange deltagere (Polit & Beck, 2017, s. 243; Grol et al., 2013, s. 157). Spørreskjemaet ble delt direkte ut til sykepleierene, og det kan ha en positiv effekt på svarprosenten (Polit & Beck, 2017, s. 281). Anonymt spørreskjema ble valgt, for at sykepleierene ikke skulle være redd for sanksjoner om de viste at de ikke fulgte anbefalingene fra retningslinjen og munnstellprosedyren. En svakhet ved å bruke anonymt spørreskjema er at sykepleierene kan overdrive svaret sitt, og kanskje svare slik de tror at det er forventet (Polit & Beck, 2017, s. 243). Ved at vi valgte å bruke anonymt

spørreskjema, mistet vi muligheten til å utføre test-retest av spørreskjema. Bruk av test-retest ville ha redusert risikoen for målefeil, ved at sykepleierene forandret mening mellom hver gang de svarte på spørreskjema (Polit & Beck, 2019, s. 303). Alternativt kunne vi ha brukt aidentifiserte spørreskjema, og en koblingsnøkkel, og på den måten utført test-retest.

Vi valgte å ha lukkede spørsmål med flere svaralternativer, siden det kan være nyanser i svaret en gir. Noen ganger kan det føles mere riktig å svare «noen ganger», enn «ja alltid» eller «nei». Flervalg spørsmålene var relevante sett opp mot kriteriene På oppfølgingsspørsmålene var svaralternativene en kombinasjon av x lukkede og et åpent spørsmål. Fordelen med lukkede spørsmål er at svarene er lette å analysere, men ulempen er at sykepleieren som svar på spørreskjemaet kan føle at flere svar er rett, og ville muligens ha svart ulikt en annen dag (Polit & Beck, 2017, s. 270). En svakhet ved hovedspørsmålene var at svarkategoriene var 4-punkt, som seinere måtte kategoriseres i ja/nei, og det kan ha ført til kamuflering av relevante data. Denne svakheten kunne vi ha unngått om vi hadde brukt et ferdig spørreskjema, eller utformet spørsmålene slik at svaret ble ja eller nei.

5.3 Drøfting av implementeringstiltak og resultater

I kvalitetsforbedring har en ingen garantier for at tiltakene en gjennomfører fører til forbedring, selv om de tar utgangspunkt i kartlagte barrierer. Styrkeanalyse av interessentene i dette prosjektet viste at de fleste var nøytrale eller positive til implementering av anbefalingene. Selv om interessentene er positive til prosjektet kan kulturen som er på arbeidsplassen kan ha innvirkning på om personalet endrer sine vaner og begynner å følge kunnskapsbaserte anbefalinger (Grol et al., 2013, s. 68).

Vi valgte å kombinere ulike tiltak med utgangspunkt i årsakene som fremkom fra spørreskjema og ide-dugnaden, siden implementeringsforskning ikke kommer med en klar anbefaling om hvilke tiltak som har best effekt for å endre praksis, men viser til flere tiltak som kan ha effekt enten aleine eller i kombinasjon (Fretheim et al., 2015, s. 29). Når tiltakene er tilpasset de kartlagte barrierene øker muligheten for å lykkes med kvalitetsforbedring (Fretheim et al., 2015, s. 29; NICE, 2002, s. 47).

På vår avdeling avdekket kartlegging et gap mellom kunnskapsbaserte anbefalinger og sykepleierene sine handlinger. For å gjøre personalet oppmerksomme på dette gapet, mottok de muntlig feedback fra audit på et personalmøte. Når helsepersonell blir gjort oppmerksom på en retningslinjen sin eksistens, og gapet mellom praksis og anbefaling slik at de kan endre

sin praksis (Flottorp og Aakhus, 2013, s. 188; Ivers et al., 2012, s. 31). Det er mulig at vi i tillegg burde ha presentert resultatene skriftlig, for en kombinasjon av muntlig og skriftlig feedback øker forståelsen av presentasjonen (Ivers et al., 2012, s. 31). Det er ikke alltid effekten av audit og feedback er stor (Ivers et al., 2012, s. 31; Fretheim et al., 2015, s. 35). Forskning har vist størst effekt på helsepersonell sin praksis når resultatet fra audit er lavt, og en samtidig har en handlingsplan for å endre praksis (Ivers et al., 2012, s. 31).

Kartlegging av barrierer viste at hyppig utskiftning av personale var en årsak til at de kunnskapsbaserte anbefalingene ikke ble fulgt. Ved audit var 32,6 % sykepleiere med 0-3 års ansiennitet fra avdelingen, og denne gruppen hadde lavest 10,9 % etterlevelse av kriterie 2 ved audit. Barrierekartlegging viste manglende kunnskap om anbefalingene fra retningslinjen og munnstellprosedyren, og vi kunne derfor ikke utelukke at det førte til at nyansatte ikke fikk opplæring i når de skulle dele ut munnpleiesett, og hvordan de skulle informere pasienter i bruken av det. Vi valgte derfor å kombinere praksisbesøk, undervisning og opinionsleder for å øke kunnskapsnivået hos sykepleierene. Bakgrunnen for dette valget, var at forskning som viste til at undervisning og trening er et godt verktøy å bruke når manglende kunnskap er en barriere som forhindrer at en retningslinje blir fulgt (Hoffmann et al., 2017, s. 397; O'Brien et al., 2007, s. 16; Fretheim et al., 2015, s. 36; Mathieson, Grande & Luker, 2018, s. 5). I tillegg til praksisbesøk av fagpersoner, gjennomførte prosjektleder og opinionsleder kort undervisning om oral mukositt og munnstell på avdelingen sine morgenmøter over noen uker. Dette gjorde at flere av sykepleierene ved avdelingen mottok samme undervisning flere ganger. Effekten av gjentatt undervisning er viktig, selv om den er liten til middels (O'Brien et al., 2007, s. 16). Forskning har vist at ved å bruke lokal opinionsleder kan en øke etterlevelsen av retningslinjen ved siden en opinionsleder kan ha innflytelse på resten av personalet (Flodgren et al., 2019, s. 2; Fretheim et al., 2015, s. 36). For å minne sykepleierene på å dele ut munnpleiesett til alle pasienter som fikk intravenøs cellegiftkur, og informere de om munnstell, ble det hengt opp plakater med som minnet de på det. Påminnere er et tiltak som minner sykepleierne på hva de skal gjøre, og er mest effektivt når det kommer med et konkret tiltak (Fretheim et al., 2015, s. 31). Ved re-audit var det sykepleierene med lavest ansiennitet 0-3 år og de med ansiennitet > 10 år som hadde høyest etterlevelse 6,7 % av kriterie 1, og for kriterie 2 var etterlevelsen 26,6 % for sykepleierene med 0-3 års ansiennitet. Økningen i etterlevelse styrket vår antagelse om at manglende kunnskap hos sykepleierne var en medvirkende årsak til at nyansatte ikke mottok relevant informasjon om utdeling av munnpleiesett, og viktigheten av å informere pasientene i bruken av det.

Implementeringsforskning har vist forbedring i personalet sine handlinger når manglende kunnskap er en barriere til at kunnskapsbaserte anbefalinger ikke blir fulgt (O'Brien et al., 2007, s. 16).

Før prosjektet startet hadde vi en forventning om at sykepleiere med videreutdanning i kreftsykepleie ville ha høyere etterlevelse av de kunnskapsbaserte anbefalingene, enn sykepleiere uten denne videreutdanningen. Bakgrunnen for denne forventningen var at kreftsykepleiere skal gjennom videreutdanningen ha tilegnet seg spesialisert kompetanse om kreftpasienter (Norsk sykepleierforbund, 2019, s. 2). Helsepersonell som arbeider med kreftpasienter må ha relevant faglig kompetanse, og sykepleiere med videreutdanning i kreftsykepleie skal ha handlingskompetanse slik at de kan ivareta pasienter sine behov som oppstår som følge av sykdom og behandling (Helsedirektoratet 2019a, s. 156-157). Ved audit delte 4,3 % sykepleiere ut munnplesett før kur, mot 2,2 % av kreftsykepleiere. Største årsaken til manglende etterlevelse var «glemte det» der 21,7 % av sykepleierene oppgav denne årsaken mot 10,9 % av kreftsykepleierne. Ved re-audit var det fortsatt sykepleierne som hadde høyest etterlevelse med 31,1 % som delte ut munnplesett, mot 20,0 % av kreftsykepleierne. Vi så en endring i årsaken for ikke etterlevd anbefalingen for kreftsykepleiere der de ved re-audit oppgav «travelt i avdelingen / ikke tid» 6,7 % som største årsak til at munnplesett ikke ble utdelt. Selv om kreftsykepleiere har lavere etterlevelse av utdeling av munnplesett enn sykepleiere, mener vi at tallene viser at kreftsykepleiere har tilegnet seg spesialisert kompetanse om kreftpasienter. Men det forklarer ikke årsaken til at de har lavere etterlevelse enn sykepleierne når det kommer til utdeling av munnplesett.

Ved audit mente 21,7 % av sykepleierne at det ikke var deres ansvar å informere pasientene om munnstell, siden det var pasientinformasjon i munnplesettet. På dette punktet kommer ikke retningslinjen med en klar anbefaling om at pasienter må informeres om munnstell, men viser til pasientinformasjon i munnplesettet (Helsedirektoratet, 2019a, s. 83). Samtidig inneholder retningslinjen et kompetansekrav til sykepleiere om at de skal veilede pasienter (Helsedirektoratet, 2019a, s.156-157). En viktig del av pasientbehandlingen er å undervise pasientene i bruken av munnplesettet, så de kan utføre det selv (Hong et al., 2019, s. 3963; McGuire et al., 2013, s. 3175; Peterson et al., 2015, s. 142; Thorsen et al., 2016). Forskning viser at effekten av læring er mindre når pasienter må lese en brosjyre selv, enn når helsepersonell muntlig forklarer innholdet i brosjyren (Grol et al., 2013, s. 205-206). Ifølge

Stand, Stenerud & Hede (2017) kan holdninger hos sykepleierene medvirket til at de ikke informerer pasienter, men mener at de kan lese informasjonen selv (Stand, Stenerud & Hede, 2017, s. 139). Sykepleierene ble derfor undervist i viktigheten av å informere pasienter i bruken av munnpleiesettet, og ved re-audit var det kun 11,1 % av sykepleierene som mente at det ikke var deres ansvar å informere pasientene. Forbedringen av resultatet ved re-audit kan komme av at sykepleierne hadde kjennskap til fagpersonene som kom på praksisbesøk og underviste, og det kan føre til økt etterlevelse av anbefalingen om å undervise pasienter (Fretheim et al., 2015, s. 34; O'Brien et al. 2007, s. 7).

Avdelingen bestilte ferdigpakkede munnpleiesett fra apoteket, men sykepleierene plukket deler fra munnpleiesettene når pasientene trengte påfyll på sine munnpleiesett. Resultatet ble ukomplette munnpleiesett 10,9 % og manglende munnpleiesett 8,7 % som førte til at munnpleiesett ikke ble delt ut før oppstart av cellegiftkur. I samarbeid med farmasøyt kom vi frem til at farmasøyt bestiller de ulike delene et munnpleiesett inneholder, og så pakker sykepleier på avdelingen munnpleiesettene. Dette gjør at det alltid vil være komplette munnpleiesett på avdelingen, og ved behov kan pasientene få påfyll av enkle deler uten at en ødelegger komplette munnpleiesett. Nattevaktene har fått i oppgave å sjekke hver natt at det er komplette munnpleiesett, og ved behov pakke nye. Forskning viser at noen ganger kan skreddersydde tiltak være mere effektive enn generelle tiltak (Fretheim et al., 2015, s. 37; Grol et al., 2013, s. 282).

Kartlegging viste at flere pasienter ikke tok med tidligere utdelte munnpleiesett, når de kom tilbake til avdelingen for ny cellegiftkur. I samarbeid med postsekretær ble innkallingsbrevet endret, slik at pasientene ble påminnet å ta med munnpleiesett ved ny innleggelse i avdelingen. Det ble ikke gjennomført målinger som viste om dette tiltaket hadde effekt, men det kan undersøkes ved en eventuelt seinere klinisk audit.

6.0 Konklusjon

Hensikten med dette kvalitetsforbedringsprosjektet var å kartlegge om sykepleiere fulgte kunnskapsbaserte anbefalinger, for å forebygge og lindre oral mukositt hos kreftpasienter som fikk cellegiftbehandling. Vi satte to prosesskriterier for å måle sykepleierene sine handlinger, og standard ble satt til 100 %. Dette prosjektet viste at praksis ikke alltid er oppdatert på retningslinjer som finnes i fagfeltet, og standard ble ikke oppnådd ved audit. Etter implementering av ulike forskningsbaserte tiltak ble det utført ny måling. Selv om vi så en

forbedring i etterlevelsen av kunnskapsbaserte anbefalinger ved prosjektets slutt, ble ikke standard oppnådd.

Gjennom dette prosjektet lærte vi at kvalitetsforbedring med klinisk audit er en god metode å for å kartlegge om det er et gap mellom praksis og kunnskapsbaserte anbefalinger. Det krever mye planlegging og arbeid for å gjennomføre en klinisk audit, og en oppnår ikke alltid de forventede resultatene. Valg som ble gjort gjennom prosjektet kan ha påvirket det endelige resultatet. For å ytterligere redusere gapet mellom anbefalinger og retningslinjen anbefales det å fortsette arbeidet med kvalitetsforbedringsarbeid.

7.0 Referanser

AGREE Next Steps Consortium (2017). *The AGREE II Instrument* [Electronic version].

Hentet fra: <http://www.agreetrust.org>.

Brudvik, M. Spørreundersøkelse. Seksjon for kvalitetsutvikling – GRUK. Nasjonalt kunnskapsenter for helsetjenesten. Lastet ned fra:

<https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/krd/kampanjer/ry/-sporreundersokelse.pdf>

Burgess, R. (2011). *New Principles of Best Practice in Clinical Audit*. 2. utg. Radcliffe Publishing Ltd. United Kingdom.

Felleskatalogen, (2018). Leukemi. Hentet fra:

<https://www.felleskatalogen.no/medisin/sykdom/leukemi>

Folkehelseinstituttet (2015). Modell for kvalitetsforbedring. Hentet fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-kvalitetsforbedring>

Folkehelseinstituttet (2018). Kreft i Norge. Hentet fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/kreft/>

Flodgren, G., O'Brien, M.A., Parmelli, E. & Grimshaw J.M. (2019). Local opinion leaders: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2019*, Issue 6. Art. No.; CD000125. <https://DOI:10.1002/14651858.CD000125.pub5>.

Flottorp, S. & Aakhus, E. (2013). Implementeringsforskning: vitenskap for forbedring av praksis. *Norsk Epidemiologi*, 23(2).

<https://www.ntnu.no/ojs/index.php/norepid/article/view/1643>

Fretheim, A., Flottorp, S. & Oxman, A. D. (2015). *Effekt av tiltak for implementering av kliniske retningslinjer*. Rapport fra Kunnskapsenteret nr. 10-2015. Oslo: Nasjonalt kunnskapsenter for helsetjenesten, 2015. <https://www.fhi.no/publ/2015/effekt-av-tiltak-for-implementering-av-kliniske-retningslinjer/>

Grol, R., Wensing, M., Eccles, M. & Davis, D. (2013). *Improving patient care: the implementation of change in health care*. 2. utg. Edinburgh: Elsevier.

Helsebiblioteket. (2016). Faglige retningslinjer. Hentet fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/faglige-retningslinjer>

Helsebiblioteket. (2016). Sjekklistor. Hentet fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsebiblioteket. Kunnskapsbasert praksis. Hentet 22. Februar 2020 fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>

Helsedirektoratet. (2019a). *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*.

Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram>

Helsedirektoratet (2019b). *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023*. Hentet fra: [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten)

[kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten)

Helsedirektoratet. (2020). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av maligne blodsykdommer*. Hentet fra: [Nasjonalt](#)

[handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av maligne blodsykdommer \(helsedirektoratet.no\)](#)

Herlofson, B.B. & Løken, K. (2006). Hvordan påvirkes munnhulen av kreftbehandling?

<https://tidsskriftet.no/2006/05/tema-munnhulen/hvordan-pavirkes-munnhulen-av-kreftbehandling#reference-10>

Hoffmann, T., Bennett, S. & Del Mar, C. (2017). *Evidence-based practice Across the health professions*. (3. utg.). Australia: Elsevier

Hong, C. L., Gueiros, L. A., Fulton, J. S., Cheng, K. K. F., Kandwal, A., Galiti, D. (...) Elad, S. (2019). Systematic review of basic oral care for the management of oral mucositis in cancer patients and clinical practice guidelines. *Supportive Care in Cancer*. 27:3949-3967.

<https://doi.org/10.1007/s00520-019-04848-4>

IBM Corp. Released 2019. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0. Armonk, NY: IBM Corp

Ivers, N., Jamtvedt, G., Flottorp, S., Young, J. M., Odgaard-Jensen, J., French, S. D. (...)

Oxman, A. D. (2012). Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. *The Cochrane database of systematic reviews*, (6), CD000259.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD000259.pub3>

Ivers, N. M., Grimshaw, J. M., Jamtvedt, G., Flottorp, S., O'Brien, M. A., French, S. D. (...) Odgaard-Jensen, J. (2014). Growing literature, stagnant science? Systematic review, meta-regression and cumulative analysis of audit and feedback interventions in health care. *Journal of general internal medicine*, 29(11),1534-1541. <https://doi.org/10.1007/s11606-014-2913-y>

Karlsen, N. & Brunborg, B. (2016). Munnstell og munnhygiene til medisinske pasienter. En kartlegging blant sykepleiere i medisinsk avdeling. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* nr. 2-2017,13.årgang. Hentet fra: <https://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/view/4199/3903>

Kreftforeningen (2020). *Cellegift*. Hentet fra: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/behandling/cellegift/>

Legeforeningen. (2013). Kvalitetsforbedring- hva er det og hvordan gjøres det?. Hentet fra: https://www.legeforeningen.no/contentassets/01f06a51347a476ca63841c497c41651/book_44041.pdf

Mathieson, A., Grande, G. & Luker, K., Strategies, facilitators and barriers to implementation of evidence-based practice in community nursing: a systematic mixed-studies review and qualitative synthesis. *Primary health care research & development*, 20, e6. <https://doi.org/10.1017/S1463423618000488>

McGuire, D. B., Fulton, J. S., Park, J., Brown, C.G., Elvira, M., Correa, P. (...) Lalla, R.V. (2013). Systematic review of basic oral care for the management of oral mucositis in cancer patients. *Supportive Care in Cancer*. 21, 3165-3177. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-1942-0>

Negrin, R. S. & Toljanic, J, A. (2019). Oral toxicity associated with chemotherapy. Hentet fra: https://www.uptodate.com/contents/oral-toxicity-associated-with-chemotherapy?search=Oral%20hygiene%20care%20to%20prevent%20oral%20mucositis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H10

NICE (2002). Principles for Best Practice in Clinical Audit. Hentet fra: <https://www.nice.org.uk/media/default/About/what-we-do/Into-practice/principles-for-best-practice-in-clinical-audit.pdf>

Nortvedt, M., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V. & Reinart, L.M (2012). *Jobb Kunnskapsbasert! – En arbeidsbok*. Oslo, Akribe.

NSF Faggruppe for kreftsykepleiere (2019). Beskrivelse av kreftsykepleiers kompetanse, funksjon og ansvar. Hentet fra:

https://www.nsf.no/sites/default/files/groups/subject_group/2019-11/kompetansebeskrivelse-kreftsykepleiere.pdf Lastet ned: 21.04.2021

O'Brien, M. A., Rogers, S., Jamtvedt, G., Oxman, A. D., Odgaard-Jensen, J., Kristoffersen, D. (...) Harvey, E. L. (2007). Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2007(4), CD000409. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000409.pub2>

Patel S. (2010). Achieving quality assurance through clinical audit. *Nursing management (Harrow, London, England : 1994)*, 17(3), 28–35. <https://doi.org/10.7748/nm2010.06.17.3.28.c7800>

Personvernombudet (2016). 401C Oppstart av studentoppgåve – rutine. Hentet fra: <https://ek.helse-bergen.no/docs/pub/dok35579.htm>

Peterson, D. E., Boers-Doets, C. B., Bensadoun, R. J. & Herrstedt, J. (2015). Management of oral and gastrointestinal mucosal injury: *ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment, and follow-up*. Hentet fra: <https://www.esmo.org/Guidelines/Supportive-and-Palliative-Care/Management-of-Oral-and-Gastrointestinal-Mucosal-Injury>

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2017). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 10 ed. Philadelphia, Wolters Kluwer.

Raosoft® Sample size calculator (2004). Hentet fra:

<http://www.raosoft.com/samplesize.html>

R Core Team (2021). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>

Registered Nurses' Association of Ontario. (2012). *Toolkit: Implementation of best practice guidelines* (2 utg.). Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario. Hentet fra:

https://rnao.ca/sites/rnaoca/files/RNAO_ToolKit_2012_rev4_FA.pdf

Regjeringen (2020). Meld. St. 11 (2020-2021). Kvalitet og pasientsikkerhet 2019. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20202021/id2791147/>

Regjeringen, (2019). Meld. St. 9 (2019-2020) *Kvalitet og pasientsikkerhet 2018*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-9-20192020/id2681185/>

Strand, G.V., Stenerud, G. & Hede, B (2017). *Munnstell i sykehjem*. Den Norske Tannlegeforenings Tidende 2017; 127 Nr 2.

Straus, S. E., Tetroe, J. & Graham, I.D. (2013). *Knowledge translation in Health care. Moving from Evidence to Practice*. (2. Utg.). United Kingdom: BMJ Books

Svensli, G., Flåskjer, A., Ryste, T.O. & Helberget, L. (2019). Munnstell er en forsømt sykepleieoppgave. Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2019/09/munnstell-er-en-forsomt-sykepleieoppgave>

Thorsen, L. (2018). Slik gir du godt munnstell til kreftpasienten. *Sykepleien* 2018 106(71809)(e-71809) <https://sykepleien.no/forskning/2018/08/slik-gir-du-godt-munnstell-til-kreftpasienten>

Thorsen, L., Mjelde, P. J., Hefte, M. & Oftedal, S. F. (2016). *Munnstell til voksne pasienter*. Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/munnstell-til-voksne-pasienter>

Får kreftpasienter som får cellegiftbehandling, utdelt munnpleiesett i tråd med kunnskapsbaserte anbefalinger?

Et kvalitetsforbedringsprosjekt med klinisk audit som metode.

Do cancer patients who receive chemotherapy receive oral care kits in line with knowledge-based recommendations?

A quality improvement project with clinical audit as a metod.

Anita Bøtter-Brevik

Master i kunnskapsbasert praksis i helsefag

Fakultet for helse- sosialvitskap.

Senter for kunnskapsbasert praksis

31.08.2021.

Det er planlagt å sende artikkelen til tidsskriftet Sykepleien Forskning.

Sammendrag

Bakgrunn: Oral mukositt er en kjent bivirkning ved cellegiftbehandling. Retningslinjen *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen* anbefaler regelmessig munnpleie ved bruk av munnpleiesett. Det er uvisst hvordan dette blir fulgt opp av sykepleiere.

Hensikt: Hensikten med dette kvalitetsforbedringsprosjektet var å kartlegge om sykepleierene fulgte anbefalingen fra retningslinjen, og å dele ut munnpleiesett til kreftpasienter for oppstart av cellegiftkur, og informere pasientene om hvordan de skulle bruke det. Hvis optimal standard ikke ble oppnådd, ville tiltak iverksettes.

Metode: Vi gjennomførte en kriteriebasert klinisk audit ved en avdeling, som gir pasienter med maling blodsykdom cellegiftbehandling. Vi satte to prosesskriterier med utgangspunkt i forskningsbasert kunnskap. Kriteriene var rettet mot sykepleierene sine handlinger. Standard ble satt til 100 %. Etter audit ble tiltak for å fremme sykepleierens kompetanse iverksatt og, og det ble gjennomført en re-audit.

Resultater: For kriteriene ble ikke standard på 100% oppnådd ved audit og re-audit. Re-audit viste en forbedring for kriterie 1 på 20 % fra audit, og for kriterie 2 var det en forbedring på 36,4 %. Barrierer var manglende kunnskap om oral mukositt og munnstell til kreftpasienter som får cellegiftbehandling, som gjorde at sykepleierene glemte å dele ut munnpleiesett og informere om bruken av det.

Konklusjon: Gapet mellom praksis og anbefalinger fra retningslinjen ble ikke lukket i dette prosjektet, men redusert med de implementeringstiltakene som ble gjennomført. Det anbefales at dette kvalitetsforbedringsarbeidet fortsetter for å ytterligere redusere gapet mellom anbefalinger og praksis.

Nøkkelord: Klinisk audit, kvalitetsforbedring, oral mukositt, munnstell, munnpleiesett.

Abstract

Background: Oral mucositis is a known side effect of chemotherapy. The guideline *The national action program for palliation in cancer care* recommends regular oral care using oral care kits. It is uncertain how this is followed up by nurses.

Purpose: The purpose of this quality improvement project was to map whether the nurses followed the recommendation from the guideline, and to distribute oral care kits to cancer patients before the start of chemotherapy, and inform the patients about how to use it. If the optimal standard was not achieved, measures would be implemented.

Method: We conducted a criteria-based clinical audit at a ward, which provides patients with malign blood disease chemotherapy. We set two process criteria based on research-based knowledge. The criteria were directed at the nurses' actions. The standard was set to 100 %. Following the audit measures to promote the nurses' competence were implemented and, re-audit was carried out.

Results: For the criteria, a standard of 100 % was not achieved by audit and re-audit. Re-audit showed an improvement for criterion 1 of 20 % from audit, and for criterion 2 there was an improvement of 36,4 %. Barriers were lack of knowledge about oral mucositis and oral care for cancer patients receiving chemotherapy, which made the nurses forget to hand out oral care kits and inform the patient about the use of it.

Conclusion: The gap between practice and recommendations from the guideline was not closed in this project, but reduced with the implementation measures that were implemented. It is recommended that this quality improvement work to be continued to further reduce the gap between recommendations and practice.

Keywords: Clinical audit, quality improvement, oral mucositis, oral care, oral care set.

Innledning

Kvalitet i helsetjenestene har vært et fokus i Norge i mange år, og det er et mål at helsepersonell skal arbeide kunnskapsbasert (1). Faglige retningslinjer kommer med kunnskapsbaserte anbefalinger til ulike kliniske problemstillinger, og hjelper helsepersonell å arbeide kunnskapsbasert (2). Men manglende kjennskap til retningslinjer gjør at det blir et gap mellom praksis og anbefalingene (2). I 2019 ble retningslinjen Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen oppdatert (3), og den viser til at sykepleiere som arbeider med kreftpasienter skal ha kunnskap om behandlingen pasienten mottar, og kunne forebygge og lindre plager relatert til den (3).

En vanlig bivirkning kreftpasienter opplever av cellegiftbehandling oral mukositt (4-6). Oral mukositt er en smertefull akutt betennelse i munnslimhinnen som følge av cellegiftbehandling (5, 7-8). Verdens helseorganisasjon (WHO) graderer oral mukositt fra normal munnslimhinne, til at det ikke er mulig for pasienten å spise eller drikke (3,8). Å starte forebyggende behandling med grunnleggende munnstell ved bruk av munnpleiesett rett før oppstart av cellegiftbehandling kan forebygge og lindre graden av oral mukositt (3,8). Grunnleggende munnstell består i å børste, rense og fukte munnhulen flere ganger for dagen (3,5-10). Det er utviklet egne munnpleiesett som inneholder nødvendige produkter for munnstell, og pasientinformasjon som forklarer utførelsen av munnstell (3). Ved å undervise pasientene om munnstell før cellegiftbehandling, kan de få økt forståelse av viktigheten ved å gjennomføre det regelmessig (5,8,10).

Grunnleggende munnstell og munnhygiene er en del av sykepleierne sin grunnutdanning (3,11). De skal gi pasienter nødvendig informasjon, og være sikker på at pasienten har forstått informasjonen som er gitt (12) Men munnhelsen til pasienter står ikke i fokus hos sykepleiere (7,13). En årsak er at sykepleiere mangler nødvendig kunnskap om munnstell og hvilke konsekvenser det får for pasientene hvis det ikke utføres regelmessig (11,13-14). Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen anbefaler at kreftpasienter får utdelt munnpleiesett, og blir informert om munnstell før cellegiftbehandling (3). Det er uklart om disse anbefalingene følges i praksis.

Hensikt med prosjektet

Hensikten med dette kvalitetsforbedringsprosjektet var å kartlegge om sykepleierne deler ut munnpleiesett og informerer pasientene om munnstell, for å forebygge og lindre oral mukositt

hos kreftpasienter som får cellegiftbehandling. Hvis optimal standard ikke er oppnådd, vil tiltak iverksettes for å forbedre praksis.

Metode

Vi gjennomførte et kvalitetsforbedringsprosjekt med kriteriebasert klinisk audit som metode i perioden januar – desember 2020. Prosjektet ble gjennomført ved et universitetssykehus i Norge på en avdeling for pasienter med malign blodsykdom, der gjentagende cellegiftkurer er en del av behandlingen. Avdelingen har flerregional funksjon for stamcelletransplantasjon, 14 sengeplasser, og 46 sykepleiere som jobber 3-delt turnus.

En klinisk audit er en syklisk prosess som består av fire trinn: 1) forberede og planlegge, 2) kartlegge dagens praksis opp mot fastsatte kriterier. Kriterier tar utgangspunkt i forskningsbasert kunnskap av god kvalitet, og beskriver ønsket mål på kvalitet i helsetjenesten. Kriteriene må være så tydelige at de ikke kan misforstås (15), 3) implementere endring, 4) opprettholde endring og re-audit.

Kriterier og standard

Vi satte to prosesskriterier med utgangspunkt i forskningsbasert kunnskap (tabell 1). Kriterie 1 var etterlevd om sykepleier delte ut munnpleiesett før oppstart av cellegiftkur, og tilbød påfyll på munnpleiesett når pasienten kom til avdelingen for neste behandling med cellegiftkur. Kriterie 2 var etterlevd hvis pasienten ble informert om munnstell før cellegiftbehandling. Kriteriene tar utgangspunkt i retningslinjen Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen (3), og munnstell prosedyren for voksne pasienter (10). Sjekklisten Agree II ble brukt til å vurdere kvaliteten på retningslinjen (16), og sjekkliste for faglige prosedyrer ble brukt til å vurdere kvaliteten på munnstellprosedyren (17). Metodisk kvalitet på retningslinjen ble vurdert til å være av høy faglig kvalitet, og anbefalingene fra retningslinjen bør følges i klinisk praksis. Kvaliteten på munnstell prosedyren blir også vurdert til å være høy.

Standard viser oppnåelig målnivå for etterlevelse av kriterier, og vises i prosent (15,18). I dette prosjektet ble standard satt til 100 % for begge kriterier (tabell 1). Denne standard ble satt fordi vi vurderte at kriteriene hadde stor betydning for pasientene, var lette å gjennomføre for sykepleierene, og mulig å oppnå.

[Sett in tabell 1]

Utvalg

Vi brukte kalkulatoren RaoSoft til å beregne at vi måtte ha svar fra 45 sykepleiere for å få et resultat en kunne stole på. For å få nødvendig størrelse på datamaterialet, ble alle sykepleierene som var fast ansatt på avdelingen inkludert i utvalget.

Datainnsamling

Siden det ikke var rutiner på avdelingen for å dokumentere i pasientjournal om munnpleiesett er delt ut eller om det ble gitt informasjon om bruken av munnpleiesett, ble data om sykepleierene sine handlinger innhentet via et spørreskjema. Et eget spørreskjema ble utviklet til dette prosjektet, siden søk etter relevant spørreskjema ikke gav resultat. Spørreskjema inneholdt åtte spørsmål og etterspurte sykepleierene sine handlinger om utdeling av munnpleiesett og tilbud om påfyll når pasienter kom tilbake til avdelingen for ny cellegiftkur. Det ble også spurt om sykepleier informerte om munnstell ved utdeling av munnpleiesett. Spørreskjemaet hadde svarkategoriene, ja alltid, noen ganger, nei, vet ikke. Ved andre svaralternativer enn ja alltid, var det oppfølgingsspørsmål for å kartlegge årsaker til at anbefalt praksis ikke ble fulgt. Her var svarkategoriene: ikke fått informasjon om at det skal gjøres, usikker på hvilke pasienter som skal få munnpleiesett, glemmer det, travelt i avdelingen /ikke tid. De to siste spørsmålene kartlagte ansiennitet i avdelingen, og om sykepleierene hadde videreutdanning i kreftsykepleie.

En gruppe bestående av seks sykepleiere og en lege face validerte spørreskjemaet, og diskuterte innholdsvaliditet uten å måle. Ved face validering ser en på spørsmålene og vurderer om de måler det som det er tiltenkt at de skal måle. Innholdsvaliditet vil si at en måler relevansen og forståelsen av spørreskjemaet (19). Gruppen mente at spørreskjemaet kartla om sykepleierene delte ut munnpleiesett før cellegiftkur, tilbød påfyll på munnpleiesett og informerte om bruken av munnpleiesett, og det gav svar på årsaker til at kriterier ikke var etterlevd. Det ble utført pilot test av spørreskjema på seks tilfeldig valgte sykepleiere, og ved samtale med de etter pilottesting var tilbakemeldingen at spørreskjemaet lett å forstå, og raskt å svare på. En gjennomgang av de ferdig utfylte spørreskjemaene i pilottesten, viste at ingen var feil utfylt, og vi vurderte at spørreskjemaet var klar til å ta i bruk. Pilottesting utføres for å kartlegge om spørreskjema må justeres før det kan brukes (19)

Spørreskjemaet ble utdelt personlig til alle fast ansatte sykepleiere på avdelingen. Svar ble levert i en svarkonvolutt som var opphengt på vaktrommet. Samme metode ble brukt ved audit og re-audit. Data for audit ble samlet i perioden april – mai 2020, og re-audit november – desember 2020. Det ble sendt ut en purring ved re-audit.

Dataanalyse

IBM SPSS statistics (versjon 26) og programvaren R versjon 4.0.5 (20) ble brukt til statistisk analyse. Deskriptiv statistikk ble brukt for å presentere resultatene med antall og prosent. Kji-kvadrat test ble brukt for å undersøke endring fra audit til re-audit. Z-pooled eksakte test ble brukt der kji-kvadrat test ikke kunne brukes. 95 % konfidensintervall og signifikansnivå ble satt til 5 %.

Implementeringsstrategi

En implementeringsstrategi ble utviklet på bakgrunn av identifiserte barrierer og søk etter implementeringsforskning (tabell 2). Årsaker til at anbefalingene i retningslinjen ikke blir fulgt ble delvis kartlagt via spørreskjema, men for å kartlegge alle årsaker ble det gjennomført en idedugnad på et personalmøte (21). Barrierene som fremkom i idedugnden, ble ført opp i et fiskebeinsdiagram sammen med årsakene som fremkom fra spørreskjema (21). Liten kunnskap om oral mukositt og munnstell var hovedårsakene til at anbefalingene i retningslinjen ikke blir fulgt. Vi gjennomførte et søk i Cochrane Effective Practice and Organisation of Care (EPOC), Implementation Science og Epistemonikos etter tiltak som passet sammen med barrierene vi hadde kartlagt. For å øke muligheten for å lykkes anbefales det å bruke ulike tiltak, og velge de som passer best sammen med kartlagte barrierer (21-22). Tiltakene ble gjennomført i perioden august – oktober 2020.

[Sett inn tabell 2]

Etikk

Prosjektet var forankret i klinikkledelsen, og ble godkjent av Personvernombudet i helseforetaket (ref.nr: 1449.) Det var ikke behov for å søke REK (Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk), siden prosjektet blir definert som

kvalitetsforbedringsprosjekt (23). Sykepleierene samtykket til deltagelse når de svarte på spørreskjemaet som var anonymt.

Resultater

Ved audit svarte 100 % (n=46) sykepleiere på det anonyme spørreskjemaet, og ved re-audit svarte 93,8 % (n=45). Sykepleierene sin ansiennitet fra avdelingen, og andelen som hadde videreutdanning i kreftsykepleie var tilnærmet lik ved audit og re-audit. Flest sykepleiere hadde 0-3 års ansiennitet, og færrest hadde 7-10 års ansiennitet (figur 1).

[Sett inn figur 1]

Etterlevelse av kriterier ved audit og re-audit

Standard på 100 % ble ikke oppnådd ved audit eller re-audit (tabell 3), men vi observerte en forbedring i etterlevelse for kriterium 1 fra 0% til 20 % (p= 0,0015), og for kriterium 2 fra 39,1% til 75,6 % (p= 0,0004).

[Sett inn tabell 3]

Årsaker til at kriterier ikke ble etterlevd ved audit og re-audit

Ved audit var den mest vanlige årsakene til at munnpleiesett ikke ble delt ut før cellegiftkur at det «ble glemt» (32,6%) (figur 2). Den mest vanlige årsaken til at pasienter ikke fikk informasjon om munnstell før cellegiftkur ved audit var at «det ligger pasientinformasjon i munnpleiesettet» (21,7 %) og «travelt / ikke tid» (21,7 %) (figur 2). Det var en endring i årsaken til at kriterie 1 ikke ble etterlevd fra audit til re-audit (figur 2). Årsaken til at sykepleier ikke delte ut munnpleiesett før cellegiftkur, eller tilbød påfyll ved ny cellegiftkur, endret seg fra «glemmer det» (32,6 %), til «travelt/ikke tid» (24,4%). For kriterie 2 var årsakene de samme de samme, men med en forbedring fra 21,7 % til 11,1 % .

Kriterie 1 bestod av to deler, og sykepleier måtte svare «ja alltid» på begge disse for at kriterie 1 var etterlevd. Når det gjaldt om munnpleiesett alltid ble det ut før første cellegiftkur, svarte

6,7 % «ja alltid» ved audit, og 50 % ved re-audit. På spørsmål om det alltid ble tilbudt påfyll på munnplesett ved ny kur, svarte 4,3 % «ja alltid» ved audit, og 26,7% ved re-audit.

[Sett inn figur 2]

Diskusjon

I dette prosjektet har vi sett en endring i resultatet i forhold til audit og re-audit. Audit viste at ingen av sykepleierene alltid delte ut munnplesett før cellegiftkur, og at bare 18% alltid informerte om bruken av munnplesett. Vi gjennomførte skreddersydde tiltak som tok utgangspunkt i kartlagte årsaker og barrierer og forskningslitteratur om implementering. Ved re-audit delte 20 % av sykepleierene alltid delte ut munnplesett før cellegiftkur, og 75,6 % informerte alltid om bruken av munnplesett.

Årsaker til at kriterier ikke er etterlevd

Den vanligste årsaken til at sykepleierne på avdelingen ikke alltid delte ut munnplesett før cellegiftkur, var at de glemte det. Vi hadde planlagt å bruke ulike påminnere, men tiltaket ble bare delvis gjennomført som planlagt. Påminner i form av plakater med konkrete tiltak ble hengt opp i avdelingen, men det ble ikke ordinert munnplesett på cellegiftkjema. Dette kan være en årsak til at liten reduksjon i andelen som glemte å dele ut munnplesett.

Helsepersonell sin holdning til munnstell kan også være en faktor som fører til at de glemmer å dele ut munnplesett (11,24).

En annen årsak til at sykepleierene ikke alltid delte ut munnplesett var usikkerhet om hvilke pasienter som skulle få utdelt munnplesett. Dette resultatet samsvarer med funn fra forskning som viser at manglende kunnskap om munnstell, fører til at det ikke alltid blir utført (11,24-25). En professor i hematologi fra avdelingen underviste om oral mukositt, og en spesialtannpleier fra kjevekirurgisk avdeling underviste om munnstell til kreftpasienter som får cellegiftbehandling. Praksisbesøk av fagpersoner og undervisning er i tråd med anbefalingene fra implementeringsforskning når manglende kunnskap er en barriere mot at anbefalinger fra retningslinjer blir fulgt (26). Vi fikk besøk av fagpersonene en dag, og for å ha et tilbud til sykepleierene som ikke deltok denne dagen gjennomførte prosjektleder og opinionsleder flere korte undervisninger på morgenmøter. Ved å gjenta undervisningen flere

ganger, blir flest mulig blir undervist, men deltagerne kan ha lavere forventninger til undervisningen når den er kort (21). Ved re-audit var det en reduksjon i andelen som var usikker på hvilke pasienter skulle få utdelt munnpleiesett. Dette resultatet samsvarer med forskning som viser til at en kan oppnå middels effekt av undervisning i kombinasjon med opinionsleder (26-28).

Mangel på tid, er en årsak mange sykepleiere oppgav som årsak til at de ikke deler ut munnpleiesett før kur, og informerer om munnstell. Dette funnet samsvarer med studier der mangel på tid blir oppgitt som årsak til lavt fokus på munnstell (14,24). Vi kartla ikke hva som var årsaken til mangelen på tid/ travelt i avdelingen, og kunne derfor ikke sette inn noe tiltak mot denne årsaken. Vi kan heller ikke forklare hvorfor denne årsaken økte for kriterie 1, og ble redusert for kriterie to fra audit til re- audit.

Styrker og svakheter

En audit må bygge på kunnskap av god kvalitet som en retningslinje eller systematisk oversikt (15,19). En styrke var at retningslinjen ble vurdert til å være av god kvalitet ved bruk av verktøyet Agree II (16) og kom med anbefalinger med høyt evidensnivå (3). Anbefalingene fra retningslinjen ble støttet av prosedyren Munnstell til voksne pasienter (10), som også ble vurdert til å være av høy kvalitet.

Siden søk etter relevant spørreskjema som gav svar på kriteriene ikke ga resultater, ble et eget skjema utviklet for denne studien. Ved utvikling av spørreskjemaet brukte en ikke COSMIN, en sjekkliste for måleinstrumenter for å validere spørreskjema i forhold til innholds og strukturell validitet, og intern konsistens (19). Innholdsvaliditet ble muntlig undersøkt av en gruppe på seks sykepleiere og en lege, men når gruppen som utførte validering ikke hadde erfaring med det fra tidligere, kan det svekke valideringen(19). Spørreskjemaet som ble brukt var anonymt, og da mistet en muligheten for å utføre en test-retest for å sjekke om svarene ville blitt det samme. En fordel med anonymt spørreskjema er økt mulighet for ærlige svar, siden sykepleierene ikke er redd for represalier hvis svarene viser manglende kunnskap (19). Men samtidig kan en risikere at sykepleierene opphøyer sine egne ferdigheter, og svarer slikt de tror en ønsker.

Datagrunnlaget var ikke stort, men ved audit svarte alle sykepleierene som mottok spørreskjemaet, og re-audit svarte 93.8 % av sykepleierene og høy svarprosent vil være med på å styrke gyldigheten av resultatene (19).

Kriterier skal være eksplisitt så de ikke kan misforstås (15). I dette prosjektet bestod kriterie 1 av to spørsmål som målte handlingene til sykepleierene når det kom til utdeling av munnplesett ved ulike tidspunkt. Andelen sykepleiere som alltid delte ut munnplesett før cellegiftkur økte fra 6,7 % ved audit til 50 % ved re-audit. Sykepleiere som alltid tilbød påfyll ved ny cellegiftkur økte fra 4,3 % ved audit, til 26,7 % ved re-audit. Målt hver for seg, viser de ulike spørsmålene høyere etterlevelse enn når de er slått sammen til kriterie en som hadde en etterlevelse på 0 % ved audit og 20 % ved re-audit. Kriterie 1 burde ha vært delt i to kriterier for å gi et riktigere bilde av praksis, og effekten av tiltakene som ble iverksatt.

Ved planlegging av prosjektet, var re-audit planlagt gjennomført to måneder etter siste tiltak var implementert. Dette er i tråd med anbefalingen om å gjennomføre re-audit 1-6 måneder etter implementering av lette tiltak (15). Men på grunn av driftshensyn måtte tiltakene praksisbesøk, internundervisning, og opinionsleder (tabell 2) utsettes en måned, så det gikk bare en måned fra siste tiltak var implementert til ny datainnsamling ble gjennomført. Vi vurderte tiltakene som ble implementert i dette prosjektet som lette for sykepleierene å følge, og mener praksis har fått mulighet til å tilpasse seg endringene som ble gjennomført.

I dette kvalitetsforbedringsprosjektet ble de tre første trinnene i klinisk audit gjennomført i sin helhet. Trinn fire re-audit og opprettholdelse ble bare datainnsamling og dataanalyse utført. For interessentene kan det oppleves som en brå avslutning, og de kan ha problemer med å se endringen som ble gjennomført siden de ikke får tilbakemelding på resultatet etter siste datainnsamling (15). Vi har derfor planlagt å gi avdelingen skriftlig og muntlig tilbakemelding høsten 2021 på et personalmøte.

Konklusjon

I dette prosjektet var det dårlig etterlevelse av retningslinjen også etter implementering, selv om det var en forbedring med de ulike implementeringstiltakene som ble gjennomført. Det anbefales at dette arbeidet fortsetter for å ytterligere redusere gapet mellom anbefalinger og praksis.

Takk til Norsk sykepleierforbund for økonomisk støtte til fullføring av mastergraden.

Referanser

1. Meld. St. 11 (2020-2021). Kvalitet og pasientsikkerhet 2019. Oslo: Helse-og omsorgsdepartementet; 2020.
2. Flottorp S, Aakhus E. Implementeringsforskning: vitenskap for forbedring av praksis. *Nor J Epidemiol.* 2013Nov.11:23[2]. Tilgjengelig fra: <https://www.ntnu.no/ojs/index.php/norepid/article/view/1643>
3. Helsedirektoratet. Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen. Oslo: Helsedirektoratet; 2019. IS-2800. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram>
4. Felleskatalogen. Leukemi [Internett]. Lægemedel information A/S og Felleskatalogen; [24. September 2018; Hentet 3. Feb 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.felleskatalogen.no/medisin/sykdom/leukemi>
5. Hong CHL, Gueiros LA, Fulton J, Cheng KKF, Kandwal A, Galiti D. et al. Systematic review of basic oral care for the management of oral mucositis in cancer patients and clinical practice guidelines. *Support Care Cancer.* 2019;27:3949–3967. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04848-4>
6. Thorsen L. Slik gir du godt munnstell til kreftpasienten. *Sykepleien* 2018;106(71809):(e-71809). Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.71809>
7. Herlofson BB, Løken K. Hvordan påvirkes munnhulen av kreftbehandling? *Tidsskr Nor Lægeforen.* 2006;126:1349-52. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2006/05/tema-munnhulen/hvordan-pavirkes-munnhulen-av-kreftbehandling#reference-10>
8. Peterson DE, Boers-Doets CB, Bensadoun RJ, Herrstedt J. Management of oral and gastrointestinal mucosal injury: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol.* 2015;26 (suppl 5):139-151. Tilgjengelig fra: <https://www.esmo.org/Guidelines/Supportive-and-Palliative-Care/Management-of-Oral-and-Gastrointestinal-Mucosal-Injury>
9. McGuire DB, Fulton JS, Park J, Brown CG, Elvira M, Correa P. et al. Systematic review of basic oral care for the management of oral mucositis in cancer patients. *Supportive care cancer.* 2013;21:3165-3177. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1007/s00520-013-1942-0>

10. Thorsen L, Mjelde PJ, Hefte M, Oftedal SF. Munnstell til voksne pasienter [Internett]. Bergen: Helse-Bergen; [Siste litteratursøk 03.11.2016; hentet 15. Desember 2019] Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/munnstell-til-voksne-pasienter>
11. Svensli G, Flåskjer A, Ryste TO, Helberget L. Munnstell er en forsømt sykepleieoppgave. Sykepleien 2019;107(78077):(e-78077). Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2019/09/munnstell-er-en-forsomt-sykepleieoppgave>
12. Norsk sykepleierforbund. Yrkesetiske retningslinjer [Internett]. [hentet 15. April 2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
13. Forsell M, Sjögren P, Kullberg E, Johansson O, Wedel P, Herbst B. et al. Attitudes and perceptions towards oral hygiene tasks among geriatric nursing home staff. Int J Dent Hyg. 2011;9[3]:199–203. Tilgjengelig fra: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1601-5037.2010.00477.x>
14. Karlsen N, Brunborg B. Munnstell og munnhygiene til medisinske pasienter. En kartlegging blant sykepleiere i medisinsk avdeling. NorTidHelse [Internett]. 17. oktober 2017;13[2]. Tilgjengelig fra: <https://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/view/4199>
15. Burgess R. New Principles of Best Practice in Clinical Audit. 2. utg. Radcliffe Publishing Ltd. United Kingdom; 2011.
16. Agree Enterprise. AGREE II [Internett]. Canada; [Hentet 02. Jan 2020]. Tilgjengelig fra: <http://www.agreetrust.org>
17. Helsebiblioteket. Sjekklistor [Internett]. Helsebiblioteket; [publisert 03. Jun 2016; hentet 03. mai 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
18. Patel S. Achieving quality assurance through clinical audit. Nursing management. 2010;17(3): 28–35. Tilgjengelig fra: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20583651/>
19. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 10. utg. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2017.
20. R Foundation. R: A language and environment for statistical computing [Internett]. Vienna, Austria: R Foundation; [Versjon 4.0.5. R Core Team 2021; hentet 05. Des 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.r-project.org/>

21. Grol R, Wensing M, Eccles M, Davis D. Improving patient care: the implementation of change in health care. 2. utg. Edinburgh: Elsevier; 2013.
22. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet*; 2003;362(9391):1225-1230. Tilgjengelig fra: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(03\)14546-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(03)14546-1/fulltext)
23. Personvernombudet. 401C Oppstart av studentoppgåve – rutine. [Internett]. Bergen: Helse-Bergen; 2016 [oppdatert 03. August 2020; hentet 09. Des 2019]. Tilgjengelig fra: <https://ek.helse-bergen.no/docs/pub/dok35579.htm>
24. Stand G, Stenerud G, Hede, B. Munstell I sykehjem. *Nor Tannlegefor Tid*. 2017;127: 138-43. Tilgjengelig fra: <https://www.tannlegetidende.no/asset/2017/P17-02-138-43.pdf> (nedlastet 01.06.2021)
25. Wårdh I, Hallberg LRM, Berggren U, Andersson L, Sörensen S. Oral health care – a low priority in nursing: in depth interviews with nursing staff. *Scand J Caring Sci*. 2000;14(2):137–142.
26. O'Brien, M. A., Rogers, S., Jamtvedt, G., Oxman, A. D., Odgaard-Jensen, J., Kristoffersen, D. et.al. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. *The Cochrane database of systematic Reviews*. 2007;4:1-80. Tilgjengelig fra: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000409.pub2/full>
27. Fretheim A, Flottorp S, Oxman AD. Effekt av tiltak for implementering av kliniske retningslinjer. Oslo: Nasjonalt kunnskapsenter for helsetjenesten; 2015. Rapport nr.10-2015. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2015/effekt-av-tiltak-for-implementering-av-kliniske-retningslinjer/>
28. Flodgren G, O'Brien MA, Parmelli E, Grimshaw JM. Local opinion leaders: effects on professional practice and healthcare outcomes. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2019;6:1-157. Tilgjengelig fra: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000125.pub5/full>
29. Ivers, N., Jamtvedt, G., Flottorp, S., Young, J. M., Odgaard-Jensen, J., French, S. D. et. al. Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. *The Cochrane database of systematic reviews* 2012;6:1-219. Tilgjengelig fra: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000259.pub3/information#versionTable>

Tabell 1. Kriterier med kunnskapsgrunnlag og standard

Kriterier og kunnskapsgrunnlag	Standard
1. Sykepleier deler ut munnpleiesett til pasienter før cellegift kur (4, 12).	100 %
2. Sykepleier informerer pasienter om munnstell før cellegiftkur (4, 12).	100 %

Tabell 2. Kartlagte barrierer og planlagte tiltak

Barriere	Implementeringstiltak	Gjennomføring
Anbefalingene fra retningslinje og munnstell prosedyre lite kjent i avdelingen Liten kunnskap om oral mukositt og munnstell Usikkerhet om hvilke pasienter som skal få utdelt munnpleiesett	Audit og Feedback (21,27,29). Undervisning (21,26) Praksisbesøk (21,26-27) Opinionsleder (27-28)	På personalmøte: 1) Prosjektleder informere om prosjektet, resultat fra audit og planlagte tiltak. På dag med internundervisning gjennomføres praksisbesøk og undervisning: 1) Professor i Hematologi fra avdelingen underviser om oral mukositt 2) Spesial tannpleier fra kjevekirurgisk avdeling underviser om munnstell til kreftpasienter som får cellegift behandling Regelmessig internundervisning: 1) Prosjektleder og opinionsleder skal ha regelmessig undervisning om oral mukositt og munnstell til pasienter som får cellegiftbehandling
Glemmer å dele ut munnpleiesett til pasienter som skal ha cellegiftkur, og tilby påfyll når pasientene kommer tilbake for ny cellegiftkur.	Påminner (27)	Skriftlig påminner: 1) Lege ordinerer munnpleiesett på cellegiftkjema. Sykepleier signerer når munnpleiesett utdelt, og pasient er informert om munnstell. 2) Plakat som minner sykepleierne på å dele ut munnpleiesett til alle pasienter som får intravenøs cellegiftkur, og informere de om munnstell.

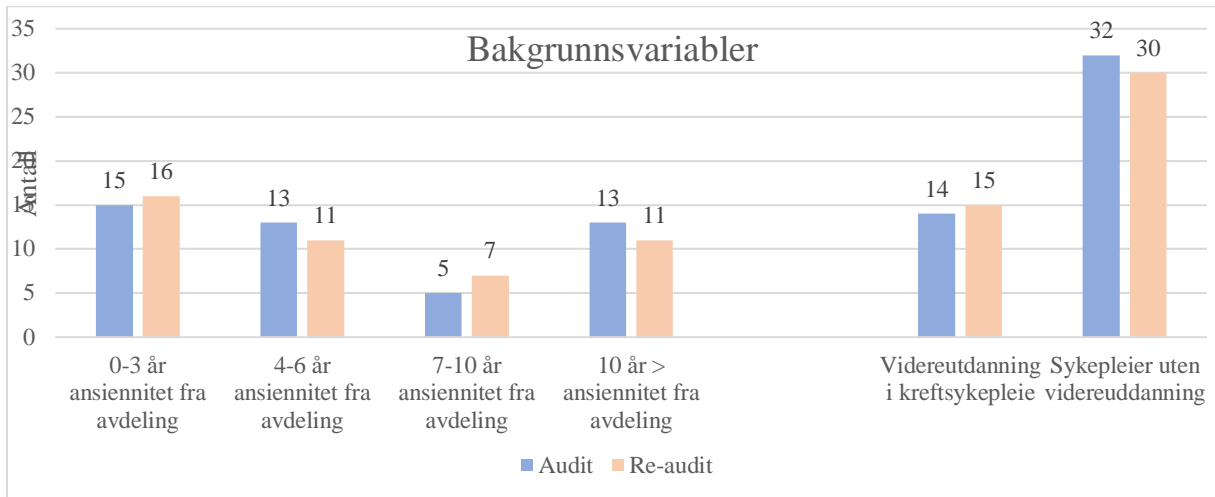
Tabell 3. Etterlevelse av kriterier, audit (n= 46) og re-audit (n= 45).

	Audit n (%)	Re- audit n (%)	Differanse % (95% KI)	P-verdi
Etterlevelse Kriterier				
Sykepleier deler ut munnpleiesett til pasienter før cellegiftkur	0 (0,0)	9 (20,0)	20 (10,3 – 34,5)	0,0015 *
Sykepleier informerer om munnstell før cellegiftkur	18 (39,1)	34 (75,6)	36,4 (17,5 – 55,3)	0,0004**

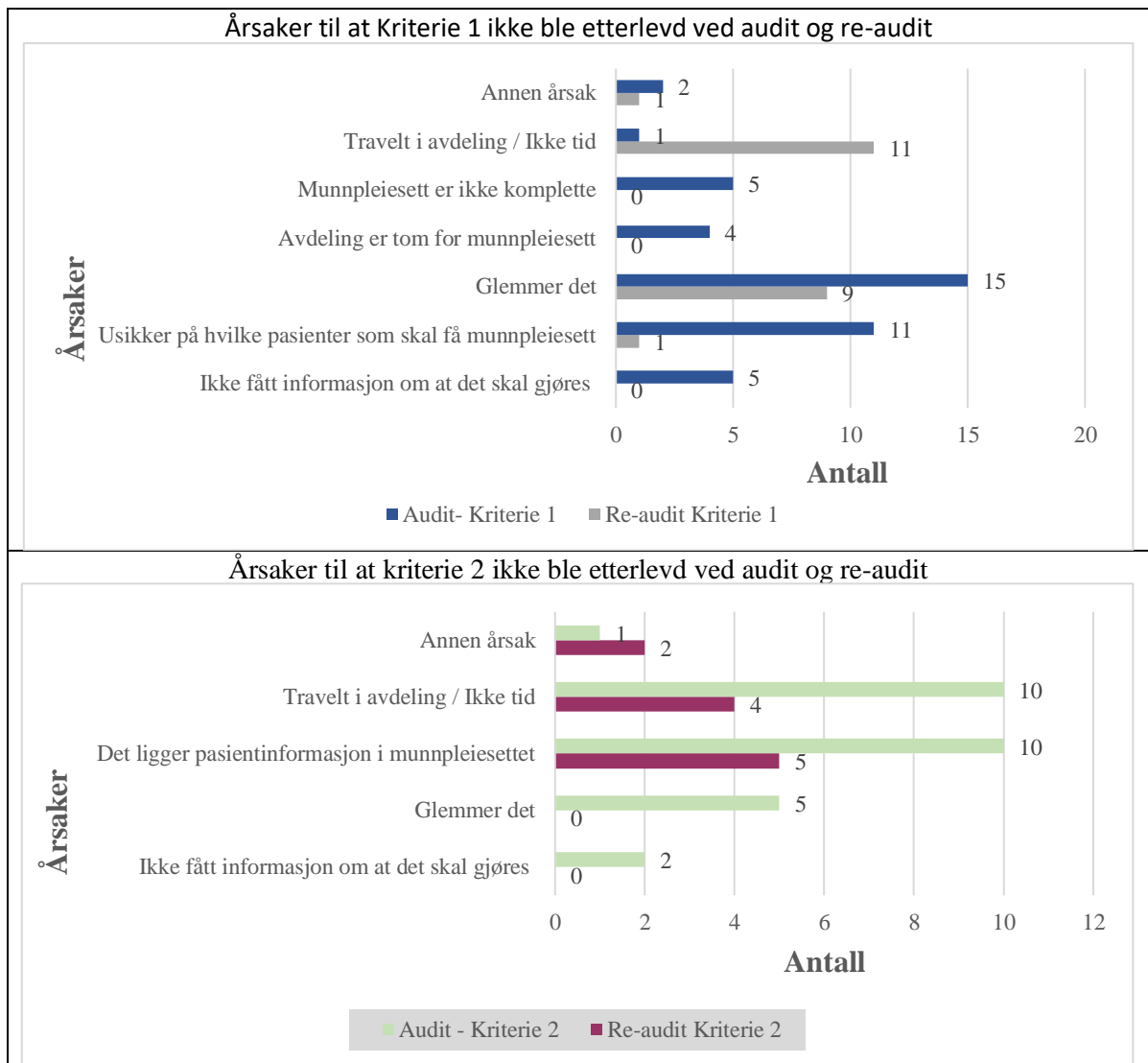
* Z-pooled eksakte

**Kji-kvadrat

Figur 1. Bakgrunnsvariabler



Figur 2. Årsaker til at kriterier ikke ble etterlevd ved audit og re-audit



Vedlegg I.

Sjekkliste klinisk audit

SPØRSMÅL	JA (2 poeng)	IKKE SIKKER (1 poeng)	NEI (0 poeng)
Tar auditen opp et problem som er relevant for pasient behandling?	X		
Er det prioritert å ta opp dette problemet?	X		
Kan audit data samles inn raskt?	X		
Kan en stole på de innsamlede dataene?		X	
Kan de anbefalte tiltakene bli implementert?	X		
Score	9		
<u>Score</u> Score på 5 eller mindre liten mulighet for å lykkes med audit Score på 6 eller 7, mulighet for å lykkes med audit. Score på 8 eller høyere, mest sannsynlig vil audit lykkes.			

(Patel, 2010, s. 32)

Vedlegg II: Agree II vurdering av norsk retningslinje



AGREE II

A Critical appraisal of: Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen using the AGREE II Instrument

Created with the AGREE II Online Guideline Appraisal Tool.

No endorsement of the content of this document by the AGREE Research Trust should be implied.

Appraiser: Anita Bøtter-Brevik

Date: 30 November 2019

Email: abotterbrevik@gmail.com

URL of this appraisal: <http://www.agreetrust.org/appraisal/84312>

Guideline URL: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram>

Overall Assessment	Domain	Total
Title: Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen. Overall quality of this guideline: 6/7 Guideline recommended for use? Yes	1. Scope and Purpose	16 / 21
	2. Stakeholder Involvement	15 / 21
	3. Rigour of Development	43 / 56
	4. Clarity of Presentation	18 / 21
	5. Applicability	15 / 21
	6. Editorial Independence	14 / 21

Sjekkliste for vurdering av en faglig retningslinje eller fagprosedyre

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av 23 punkter fordelt på seks hovedområder:

1. Avgrensning og formål
2. Involvering av interessenter
3. Metodisk nøyaktighet
4. Klarhet og presentasjon
5. Anvendbarhet
6. Redaksjonell uavhengighet

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av faglige retningslinjer og fagprosedyrer. Den er basert på AGREE II som er et anerkjent verktøy for kvalitetsvurdering av faglige retningslinjer. De fleste av formuleringene i denne sjekklisten er hentet fra den norske oversettelsen av en tidligere utgave av AGREE-instrumentet. I sjekklisten benyttes betegnelsen retningslinje, men den kan også brukes til vurdering av fagprosedyrer og andre lignende dokumenter.

I denne sjekklisten er svaralternativene ja, nei og uklart. I AGREE II brukes en skala som går fra 1 (strongly disagree) til 7 (strongly agree) og det er et system for å regne ut poeng. I AGREE II er det også mer omfattende hjelpetekst enn det er plass til i denne sjekklisten.

Referanser:

The AGREE Next Steps Consortium. (2013). *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II (AGREE II)*. http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/10/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument_2009_UPDATE_2013.pdf

The AGREE Collaboration, Sosial- og Helsedirektoratet. (2003) *Evaluering av faglige retningslinjer - AGREE-instrumentet*. http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/10/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument_2009_UPDATE_2013.pdf

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?
Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av: *Munnstell til voksne pasienter.*

<https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/munnstell-til-voksne-pasienter>

1) Avgrensning og formål

1. Retningslinjens overordnede mål er klart beskrevet

Ja – Nei – Uklart

Tips: De(t) overordnede formål med retningslinjen bør være klart beskrevet, og de forventede helsemessige fordeler av retningslinjen bør være spesifikke for det kliniske problem.

2. De(t) kliniske eller organisatoriske spørsmål i retningslinjen er klart beskrevet

Ja – Nei – Uklart

Tips: Se etter PICO:

- P – Problem eller pasient/populasjon
- I – Intervensjon
- C – Eventuelle sammenligningstiltak (engelsk: Comparator)
- O – Utfall eller endepunkt (engelsk: Outcome)

3. Populasjonene (pasienter, brukere, befolkning) retningslinjen omfatter er klart beskrevet

Ja – Nei – Uklart

Tips: Se etter beskrivelse av populasjonen med hensyn til for eksempel alder, kjønn, sykdom og dennes alvorlighetsgrad, eventuelle følgesykdommer.

2) Involvering av interessenter

4. Arbeidsgruppen som har utarbeidet retningslinjen har med personer fra alle relevante faggrupper

Ja – Nei – Uklart

Tips: Opplysninger om retningslinjegruppens sammensetning, fagdisiplin og relevant ekspertise bør være tilgjengelig. Dette punktet gjelder alle som har vært aktivt med i arbeidet, ikke de som har hatt retningslinjen til gjennomsyn (se punkt 13).

5. Synspunkter og ønsker fra populasjonen retningslinjen omhandler (pasienter, brukere, befolkning, etc.) er forsøkt inkludert

Ja – Nei – Uklart

Tips: Har arbeidsgruppen for eksempel involvert pasientrepresentanter som en del av arbeidsgruppen, intervjuet pasienter eller søkt etter og gjennomgått litteratur om pasientopplevelser?

6. Retningslinjens målgruppe (de som skal bruke retningslinjen) er klart definert

Ja – Nei – Uklart

Tips: Brukerne skal være klart definert i retningslinjen slik at de umiddelbart kan avgjøre om den er relevant for dem. Brukerne av en retningslinje om ryggsmarter kan for eksempel inkludere allment praktiserende leger, nevrologer, ortopeder, revmatologer og fysioterapeuter.

3) Metodisk nøyaktighet

7. Systematiske metoder ble brukt for å søke etter kunnskapsgrunnlaget

Ja – Nei – Uklart

Tips: Det bør tydelig fremgå hvor og hvordan det er søkt etter kunnskapsgrunnlaget. En beskrivelse av hvilke kilder som er brukt samt fullstendige søkestrategier for alle kilder bør være tilgjengelig. Søkestrategiene bør være så omfattende som mulig og være detaljerte nok til å kunne reproduseres.

8. Kriterier for utvelgelse av kunnskapsgrunnlaget er klart beskrevet

Ja – Nei – Uklart

Tips: Kriterier for å inkludere/ekskludere dokumentasjon som er funnet ved søk, bør fremgå. Disse kriteriene bør være nøye beskrevet, og det bør redegjøres for begrunnelsen for å inkludere/ekskludere ulike studier. For eksempel kan forfattere av kliniske retningslinjer beslutte kun å inkludere artikler fra randomiserte kliniske forsøk og utelukke artikler som ikke er skrevet på engelsk eller skandinaviske språk.

9. Styrker og svakheter ved kunnskapsgrunnlaget er klart beskrevet

Ja – Nei – Uklart

Tips: Er det beskrevet hvilke metoder som er brukt for å vurdere risiko for systematiske feil (engelsk: risk of bias) i kunnskapsgrunnlaget?

10. Metodene som er brukt for å utarbeide anbefalingene er tydelig beskrevet

Ja – Nei – Uklart

Tips: Det bør foreligge en beskrivelse av metoden for å formulere anbefalingene, samt hvordan de endelige beslutninger ble truffet. Metoder kan for eksempel inkludere avstemning eller formelle konsensusteknikker. Områder med uenighet, og hvordan dette ble løst bør spesifiseres.

11. Helsemessige fordeler, bivirkninger og risikoer er tatt i betraktning ved utarbeidelsen av anbefalingene

Ja – Nei – Uklart

Tips: Retningslinjen bør beskrive helsemessige gevinster, bivirkninger og risikoer ved anbefalingene. En klinisk retningslinje om behandling av brystkreft kan for eksempel inneholde en diskusjon om den samlede virkning på alternative sluttresultater. Disse kan innbefatte: overlevelse, livskvalitet, skadevirkninger og symptomlindring, eller en sammenligning av et behandlingstilbud med et annet. Det bør dokumenteres at disse spørsmål er drøftet.

12. Det fremgår tydelig hvordan anbefalingene henger sammen med kunnskapsgrunnlaget

Ja – Nei – Uklart

Tips: Det bør eksplisitt fremgå hvilken sammenheng det er mellom anbefalingene og kunnskapsgrunnlaget de er basert på. Det vil si at det for hver enkelt anbefaling skal være referanse(r) til kunnskapsgrunnlaget anbefalingen bygger på.

13. Retningslinjen er blitt vurdert eksternt av eksperter før publisering

Ja – Nei – Uklart

Tips: En retningslinje bør være gjennomgått eksternt før den offentliggjøres. Den eksterne gruppen bør ikke ha deltatt i arbeidsgruppen, og bør ha ekspertise på det aktuelle fagområdet og metodekompetanse. Pasientrepresentanter bør også inkluderes. En beskrivelse av metoden som er brukt til den eksterne gjennomgangen bør være tilgjengelig, samt eventuelt en liste over høringsinstansene og deres tilhørighet.

14. Prosedyre for oppdatering av retningslinjen er beskrevet

Ja – Nei – Uklart

Tips: Kliniske retningslinjer må avspeile aktuell forskning. Det bør være en klar beskrivelse av prosedyren for oppdatering av retningslinjene. Det kan for eksempel være satt en tidsplan, eller et stående utvalg som regelmessig skal motta oppdaterte litteratursøk og foreta de nødvendige endringer.

4) Klarhet og presisjon

15. Anbefalingene er spesifikke og tydelige

Ja – Nei – Uklart

Tips:

En anbefaling bør gi en konkret og presis beskrivelse av hvilken behandling som er hensiktsmessig, i hvilken situasjon og for hvilken pasientgruppe, basert på det samlede kunnskapsgrunnlaget.

- Eksempel på en **spesifikk anbefaling**:
 - Antibiotika skal forordnes til barn på to år og over med akutt otitis media, hvis symptomene varer mer enn tre dager, eller hvis symptomene forverres etter konsultasjonen på tross av relevant behandling med smertestillende medisin; i slike tilfeller bør en gi penicillin V i 5 døgns supplert med en (doseringsoversikt).
- Eksempel på en **vag anbefaling**:
 - Antibiotika er indisert for tilfeller med et unormalt eller komplisert forløp.

Kunnskapsgrunnlaget er imidlertid ikke alltid entydig, og det kan være usikkerhet knyttet til hvilken behandling som er den beste. I slike tilfeller bør usikkerheten være angitt i retningslinjen.

16. De ulike muligheter for håndtering av tilstanden er klart beskrevet

Ja – Nei – Uklart

Tips: En retningslinje skal beskrive forskjellige mulige valg av screening, forebyggelse, diagnose eller behandling av den sykdom den omhandler. Mulige valg skal klart beskrives i retningslinjen. En anbefaling om behandling av depresjon kan for eksempel inneholde følgende alternativer:

- a) behandling med tricykliske antidepressive preparater (TCA-preparater)
- b) behandling med selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI-preparater)
- c) psykoterapi
- d) kombinasjon av farmakologisk og psykologisk terapi

17. De sentrale anbefalingene er lette å identifisere

Ja – Nei – Uklart

Tips: Brukere av retningslinjen skal lett kunne finne de mest relevante anbefalingene. Disse anbefalingene besvarer de viktigste kliniske spørsmål omhandlet i retningslinjen. De kan identifiseres på forskjellig vis. De kan for eksempel oppsummeres i en boks, skrives med fet skrift, understrekes eller presenteres som flytdiagram eller algoritmer.

5) Anvendbarhet

18. Faktorer som kan hemme og fremme bruk av retningslinjen er beskrevet

Ja – Nei – Uklart

Tips: Det kan være eksisterende hemmere og fremmere som påvirker i hvilken grad retningslinjens anbefalinger kan følges. Organisatoriske endringer, som kan være påkrevet for å bruke anbefalingene, bør drøftes.

19. Retningslinjen er støttet av råd og/eller verktøy for bruk i praksis

Ja – Nei – Uklart

Tips: For at en retningslinje skal være effektiv, skal den distribueres og implementeres sammen med tilleggsmateriale. Dette kan for eksempel dreie seg om et sammendrag eller hurtigreferanser for raske oppslag, pedagogiske verktøy, pasientbrosjyrer, eller dataverktøy som bør tilbys sammen med retningslinjen.

20. Potensielle ressursmessige implikasjoner ved å følge anbefalingene er tatt i betraktning

Ja – Nei – Uklart

Tips: Anbefalingene kan kreve tilførsel av ytterligere ressurser for å kunne tas i bruk. Det kan for eksempel være behov for mer spesialisert personale, nytt utstyr eller dyr medisinsk behandling. Den potensielle innvirkning på ressursene bør drøftes i retningslinjen.

21. Retningslinjen inneholder vurderingskriterier for monitorering og/eller evaluering

Ja – Nei – Uklart

Tips: Måling av etterlevelse av en klinisk retningslinje kan fremme dens bruk. Dette krever klart definerte vurderingskriterier som utgår fra de sentrale anbefalinger i retningslinjen. Disse bør presenteres. Eksempler på vurderingskriterier:

- HbA1c bør være <8,0%
- Diastolisk blodtrykk bør være <95 mmHg
- Hvis symptomer på akutt otitis media varer mer en tre dager, skal det forordnes antibiotika

6) Redaksjonell uavhengighet

22. Retningslinjen er redaksjonelt uavhengig av den bidragsytende instans

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Noen retningslinjer er utviklet med ekstern støtte (for eksempel fra veldedige organisasjoner eller produsenter av legemidler og utstyr). Støtte kan være i form av økonomiske bidrag til hele utviklingen eller deler av denne, for eksempel til trykking av retningslinjen. Det bør klart fremgå at den bidragsytende organisasjons synspunkter eller interesser ikke har hatt noen innflytelse på de endelige anbefalinger.
- Merknad: hvis det klart fremgår at en retningslinje er utviklet uten ekstern støtte, bør du svare «ja».

23. Det er redegjort for interessekonflikter for arbeidsgruppens medlemmer

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Det kan oppstå situasjoner hvor medlemmene av arbeidsgruppen har motstridende interesser. Dette vil for eksempel være tilfelle for et medlem av arbeidsgruppen som driver forskning finansiert av et legemiddelfirma innenfor emnet for retningslinjen.
- Det bør klart fremgå at alle medlemmer av gruppen har tilkjennegitt om de har noen interessekonflikter.

Vedlegg IV: Litteratortabell

Studie	Studiedesign	Formål	Resultater -funn	Metodisk kvalitet
<p>Flodgren et al. (2019).</p> <p>«Local opinions leaders: effects on professional practice and health care outcomes».</p>	<p>Systematisk oversikt. 24 RCT er inkludert</p>	<p>Formålet er å vurdere om bruken av opinionsleder øker andelen av helsepersonell som følger kunnskapsbaserte anbefalinger og utfallet for pasienter, når en bruker opinionsleder aleine eller sammen med andre tiltak.</p>	<p>Resultatet viser at bruken av opinionsleder enten aleine eller i kombinasjon av andre tiltak kan føre til økt andel av helsepersonell som følger retningslinjer, men effekten varierer mellom de ulike studiene. Det er usikkert hvilken effekt bruken av opinionsleder har på pasienter sitt utfall.</p>	<p>Denne systematiske oversikten er en oppdatering av en systematisk oversikt fra 2011. Formålet er tydelig beskrevet. Tidspunkt for litteratursøk, hvilke kilder som er brukt til litteratursøk er oppgitt. To forfattere har uavhengig av hverandre vurdert kvaliteten på de inkluderte studiene ved bruk av GRADE, og ved uenighet har de diskutert seg frem til et resultat. Studier med høy eller moderat risiko for bias har blitt ekskludert.</p>
<p>Fretheim et al. (2015).</p> <p>«Effekt av tiltak for implementering av kliniske retningslinjer»</p>	<p>Rapport 19 systematiske oversikter er inkludert</p>	<p>Formålet er å oppsummere hvilke implementeringstiltak som har effekt.</p>	<p>Flere implementeringstiltak har vist seg å ha effekt, deriblant påminner, praksisbesøk, audit & feedback, lokale opinionsleder, skreddersydde tiltak, kurs og møter.</p>	<p>Formålet med denne rapporten er tydelig beskrevet. Søk er utført i flere databaser, men oppgir ikke navnet på alle databaser, og tidspunkt for søk er oppgitt. Flere eksklusjonskriterier og inklusjonskriterier for å inkludere systematiske oversikter er oppgitt. Det er oppgitt om to forfattere uavhengig av hverandre har vurdert kvaliteten på de inkludert studiene. GRADE ble brukt til å vurdere kvaliteten på resultatene, og ble vurdert av to forfattere uavhengig av hverandre.</p>

Studie	Studiedesign	Formål	Resultater -funn	Metodisk kvalitet
<p>Hong et al. (2019).</p> <p>Systematic review of basic oral care for the management of oral mucositis in cancer patients and clinical practice guidelines</p>	<p>Systematisk oversikt. 17 artikler ble inkludert, deriblant 8 RCT.</p>	<p>Oppdatere retningslinjer for grunnleggende munnstell for forebygging og behandling av oral mukositt</p>	<p>Resultatet kommer med en anbefaling om å implementere munnpleieprotokoller for å forebygge oral mukositt hos pasienter som får cellegiftbehandling, stråling mot hode og nakke, og hematologisk stamcelletransplantasjoner. Ekspertene kom med anbefalinger i forhold til pasientundervisning og profesjonelt munnstell siden det ikke var retningslinjer på dette.</p>	<p>Formålet er tydelig beskrevet. Det er tydelig beskrevet når litteratur søk er utført, og to forfattere har uavhengig av hverandre vurdert inkluderte artikler. Kvaliteten på de inkluderte artiklene er vurdert, og en har vurdert effekten av de ulike tiltakene.</p>
<p>Ivers et al. (2012).</p> <p>«Audit & feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes»</p>	<p>Systematisk oversikt. Oppsummering over 140 studier.</p>	<p>Vurdere effekten av audit & feedback for å påvirke helsepersonell sin adferd & pasienter sin helse.</p>	<p>Audit & feedback er ofte brukt sammen med andre tiltak. Effekten er varierende fra liten til god.</p>	<p>Kvalitet på evidens er varierende. Formålet med studien er tydelig beskrevet. Søkestrategi, tidspunkt for søk og hvilke databaser som er brukt til søk er oppgitt. To forfattere har uavhengig av hverandre vurdert inkluderte studier, og ved uenighet har en diskutert seg til enighet. Kvaliteten på de inkluderte studiene er vurdert. I primær analysen ble 82 sammenligninger fordelt på 49 studier med dikotomt utfall.</p>

Studie	Studiedesign	Formål	Resultater -funn	Metodisk kvalitet
<p>Ivers et al. (2014). Growing Literature, Stagnant Science? Systematic Review, Meta-Regression and Cumulative Analysis of Audit and Feedback Intervention in Health Care.</p>	<p>Systematisk oversikt. 140 RCT er inkludert.</p>	<p>Oppfølging og utvidelse av funn fra den systematiske oversikten Audit & feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes» for å vurdere om nye studier har gitt ny kunnskap om audit og feedback.</p>	<p>Resultatet viste at effekten var stabil, og at nye studier ikke tilfører ny informasjon. Feedback har best effekt når det blir gitt av en kollega som er respektert av personalet, blir gitt flere ganger og når baseline måling er lav.</p>	<p>Formålet med studien er tydelig beskrevet. Søkestrategi, tidspunkt for søk og hvilke databaser som er brukt til søk er oppgitt. To forfattere har uavhengig av hverandre vurdert inkluderte studier, og ved uenighet har en diskutert seg til enighet. Kvaliteten på de inkluderte studiene er vurdert.</p>
<p>Mathieson, A., Grande, G., & Luker, K. (2018). «Strategies, facilitators and barriers to implementation of evidence-based practice in community nursing: a systematic mixed-studies review and qualitative synthesis».</p>	<p>Systematisk oversikt. 22 studier inkludert</p>	<p>Sammenfatte empirisk litteratur om implementering, og identifisere faktorer som kan være en fasilitator eller barriere for implementering av kunnskapsbasert praksis.</p>	<p>Faktorer som kan virke fasiliterende er at sykepleiere blir trent i tiltaket som skal implementeres, og at de føler eierskap over tiltaket som skal implementeres. Tiltak som er lette å gjennomføre og sparer tid kan virke fasiliterende. Barrierer ved implementering kan være organisasjonsstrukturen og tiltak som er uønsket av helsepersonell.</p>	<p>Formålet er beskrevet, og det er oppgitt hvilke databaser som ble brukt til litteratursøk, og i hvilke tidsperiode søk ble utført. Søkestrategi er oppgitt, og det gjør at andre kan gjenta søket om ønsket. Kvaliteten på de inkluderte studiene er vurdert, kvalitetsvurdering er vedlagt. Tre forfattere har vurdert kvaliteten på inkluderte artikler, og samme metode er brukt for å ekstrahere data fra de ulike studiene</p>















Studie	Studiedesign	Formål	Resultater -funn	Metodisk kvalitet
<p>McGuire et al. (2013).</p> <p>«Systematic review of basic oral care for the management of oral mucositis in cancer patients»</p>	<p>Systematisk oversikt 52 primærstudier artikler ble inkludert.</p>	<p>Evaluere effekten av tiltak for grunnleggende munnstell mot oppdaterte retningslinjer for å forebygge og lindre oral mukositt hos kreftpasienter som mottar cellegiftbehandling eller strålebehandling.</p>	<p>Det anbefales å bruke munnstell protokoll på alle aldersgrupper uavhengig av behandling for å forebygge og lindre plagene fra oral mukositt. Det frarådes å bruke klorhexidin til voksne som mottar strålebehandling for kreft i nakke og hode</p>	<p>Formålet er tydelig beskrevet. Det er oppgitt hvilke databaser søk er utført i, og søkeord er delvis oppgitt. En svakhet er at det henvises til tidligere utgaver av retningslinjer, og det kan gjøre det vanskelig å utføre et tilsvarende søk. Søket ble utført av en forsknings bibliotekar i samarbeid med en arbeidsgruppe. To forfattere har uavhengig av hverandre vurdert kvaliteten på inkluderte artikler. Kvaliteten på de inkluderte studiene er vurdert.</p>
<p>O'Brien et al. (2008).</p> <p>«Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes».</p>	<p>Systematisk oversikt. 69 RCT er inkludert.</p>	<p>Formålet er å undersøke effekten praksisbesøk har på helsepersonell sin praksis og resultater for pasienter.</p>	<p>Resultatet viste at praksisbesøk kan ha liten til middels effekt på helsepersonell sine handlinger.</p>	<p>Formålet er tydelig beskrevet. Det er oppgitt hvilke databaser søk er utført i, og tidspunkt for søk er oppgitt. Det er gitt informasjon om data innsamling og analyse. To forfattere har uavhengig av hverandre vurdert inkluderte studier, og ved uenighet har en diskutert seg til enighet. Det ble kun inkludert studier med lav til moderat risiko for bias.</p>
<p>Forsell et al. (2011).</p> <p>«Attitudes and perceptions towards oral hygiene tasks among geriatric nursing home staff».</p>	<p>Spørreundersøkelse</p>	<p>Formålet var å undersøke hvilke oppfatninger og holdninger til munnstell helsepersonell som arbeider på sykehjem hadde før og etter at de mottok undervisning om munnhygiene.</p>	<p>Flertallet av helsepersonell som svarte på spørreundersøkelsen vurderte munnstell som ubehagelig, men etter undervisning ble dette tallet redusert. Mange sykepleiere oppgav motstand fra pasienter mot munnstell som en hovedårsak til at de ikke utførte munnstell.</p>	<p>Det er oppgitt at spørreundersøkelsen er utført på et sykehjem i Sverige, og hvor mange som mottok spørreskjema. Metodisk kvalitet på spørreundersøkelsen er ikke mulig å vurdere, siden det ikke er tydelig oppgitt hvordan spørreskjema ble utviklet og om det ble validert før det ble tatt i bruk. Dette gjør at det er vanskelig å vurdere kvaliteten på resultatene fra spørreundersøkelsen.</p>

Studie	Design	Oppsummering
<p>Flottorp, S., Aakhus, E. (2013).</p> <p>«Implementeringsforskning: vitenskap for forbedring av praksis».</p>	Artikkel	<p>Artikkelen forklarer at målet Implementeringsforskning er å redusere avstanden mellom praksis og forskning slik at pasientene mottar oppdatert helsehjelp. Implementering av ulike tiltak for å øke andelen av helsepersonell som følger kunnskapsbaserte anbefalinger kan ha effekt, men effekten varierer. Helsevesenet trenger økt kompetanse for å implementere kvalitetsforbedring, og det kan skje med samarbeid mellom helsevesenet og implementeringsforskere.</p>
<p>Grol, R & Grimshaw, J (2003).</p> <p>«From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients 'care».</p>	Artikkel	<p>Artikkelen kommer med en oversikt der de fokuserer på tre grunnleggende faktorer som kan påvirke implementering strategier. Å gjennomføre en endring i klinisk praksis er ikke enkelt, det beste er å bruke ulike strategier. Når en bruker undervisning bør det gjennomføres regelmessig, praksis bør feedback, og det bør være rom for diskusjoner og enighet om endringer som skal gjennomføres. Nye prosedyrer bør bygges inn i daglige rutiner. Det krever god planlegging for å endre praksis, slik at pasientene mottar forskningsbaserte helsetjenester.</p>
<p>Herlofson, B.B & Løken, K. (2006).</p> <p>«Hvordan påvirkes munnhulen av kreftbehandling»</p>	Artikkel	<p>Artikkelen gir en beskrivelse av bivirkninger deriblant oral mukositt som oppstår hos kreftpasienter etter behandling med cellegift eller stråling. Det er kort oppgitt hvordan litteratur som er benyttet i artikkelen er funnet, og hvilken database som er brukt til litteratursøk. Konklusjonen er at helsepersonell trenger økt kunnskap om orale komplikasjoner som følge av kreftbehandling, og det er behov for et samarbeid mellom de ulike profesjonene innenfor som behandler disse pasientene.</p>
<p>Karlsen, N & Brunborg, B (2016).</p> <p>«Munnstell og munnhygiene til medisinske pasienter. En kartlegging blant sykepleiere i medisinsk avdeling».</p>	Artikkel	<p>Formålet til artikkelen var å undersøke kunnskaper og holdninger om munnstell hos sykepleiere for og etter at et opplæringsprogram var implementert. Resultatet viste at sykepleierene hadde økt fokus på pasienter sin munnhelse og munnstell, men at det ble ikke prioritert når det var travelt. Det ble avdekket at flere sykepleiere hadde manglende kunnskap om munnstell. Det anbefales at det blir utført studier der en fokuserer på pasienters egenopplevelse av munnhygiene.</p>


Studie	Design	Oppsummering
<p>Negrin, R.S. & Toljanic, J.A. (2019).</p> <p>«Oral toxicity associated with chemotherapy».</p>	Oversiktsartikkel	Formålet til artikkelen var å oppdatere emnet orale komplikasjoner etter cellegiftbehandling. Artikkelen beskriver hva oral mukositt er, og årsaker til at det oppstår. Den kommer med forslag til forebygging og behandling av orale komplikasjoner som følge av cellegiftbehandling, og vurderer kvaliteten på de ulike anbefalingene.
<p>Patel, S. (2010).</p> <p>«Achieving quality assurance through clinical audit».</p>	Artikkel	Artikkelen gir en beskrivelse av de ulike stegene i klinisk audit, og definere hva er kvalitet i helsetjenester. Den inneholder en sjekklister for å vurdere om en klinisk audit er gjennomførbar.
<p>Peterson et al. (2015).</p> <p>«Management of oral and gastrointestinal mucosal injury: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment, and follow-up».</p>	Artikkel /klinisk retningslinje	Artikkelen forklarer terminologien bak oral og gastrointestinal mukositt som oppstår etter cellegiftbehandling og strålebehandling. Artikkelen /retningslinjen kommer med en oppdatert kunnskap om mukositt og forebygging / behandling. Kvaliteten på de ulike anbefalinger og produkter som anbefales er vurdert. Metoden som er brukt for å oppdatere retningslinjen er kort beskrevet.
<p>Stand et al. (2017).</p> <p>Munnstell i sykehjem»</p>	Artikkel	Artikkelen har tre hovedbudskap der forebygging av munnhelseproblemer er bedre enn behandling. Artikkelen viser til at organisasjon, pleiepersonale, beboer og munnstell er faktorer som kan påvirke eldre beboere i sykehjem sin munnhelse. Det anbefales å utvikle kunnskapsbaserte prosedyrer som skal følges av personale.
<p>Svensli et al., (2019).</p> <p>«Munnstell en forsømt sykepleieoppgave».</p>	Artikkel	Artikkelen sitt hovedbudskap er at sykepleiere sitt hovedfokus ikke er munnstell hos beboere på sykehjem. Forfatterne av artikkelen påpeker at årsaker til dette kan være sykepleierens sin kompetanse om munnstell, holdninger og manglende tid hos personale. Det anbefales å utføre kompetanseheving av personale og gjennomføres fagutviklingsprosjekter.

Studie	Design	Oppsummering
<p>Thorsen, L. (2018).</p> <p>«Slik gir du godt munnstell til kreftpasienten».</p>	<p>Artikkel</p>	<p>Hovedbudskapet til artikkelen er at kreftpasienter som mottar cellegiftbehandling, ofte opplever problemer fra munnhulen. Problemene fra munnhulen kan føre til utsettelse av kreftbehandlingen. God munnhygiene hos disse pasientene er viktig, og forebyggende tiltak med regelmessig munnstell anbefales. Det er lite forskningsbasert kunnskap om forebygging og lindring av orale plager hos denne pasientgruppen, kunnskapen en har bygger stort sett på ekspertuttalelser. Det anbefales at det utføres mere forskning på hvilke produkter er best for å forebygge og lindre plager fra munnhulen hos kreftpasienter som mottar cellegiftbehandling.</p>
<p>Wårdh et al. (2000).</p> <p>«Oral Health Care – A Low priority in Nursing»</p>	<p>Artikkel</p>	<p>Studie som har undersøkt erfaringer personale på sykehjem har i forhold til å hjelpe pasienter med munnstell. En tidligere undersøkelse antydte at munnhelsen til pasienter var lavt prioritert. Det ble utført 22 dybdeintervju, og studien konkluderte med at helsepersonell som arbeider med geriatriske pasienter bør motta undervisning om munnhelse og munnstell, og de må se på munnstell som en daglig rutine.</p>

Vedlegg V. Fremdriftsplan

Tidsperiode	2019	2020						2021	
Aktivitet	Høst	Jan / feb	Mar / apr	Mai / jun	Juli / aug	Sept / okt	Nov / des	Vår	Høst
Innhente samtykke til å gjennomføre kvalitetsforbedringsprosjekt. Målgruppe: Avdelingsledelse. Ansvarlig: Prosjektleder									
Søke godkjenning Personvernombudet Ansvarlig: Prosjektleder									
Kartlegge interessenter Ansvarlig: Prosjektleder									
Opprette prosjektgruppe. Ansvarlig: Prosjektleder Informere om kvalitetsforbedringsprosjekt. Målgruppe: personalet på avdelingen Ansvarlig: Prosjektleder									
Prosjektplan. Ansvarlig: Prosjektleder og prosjektgruppe									
Utarbeide datainnsamlingsverktøy. Ansvarlig: Prosjektleder og prosjektgruppe									
Gjennomføre audit og analysere data Ansvarlig: Prosjektleder									
Feedback fra baselinemåling. Målgruppe: personalet på avdelingen Ansvarlig: Prosjektleder									
Idedugnad Målgruppe: personalet på avdelingen Ansvarlig: Prosjektleder									
Fiskebeinsdiagram Ansvarlig: Prosjektleder									
Planlegge og gjennomføre implementeringstiltak. Ansvarlig: Prosjektleder og prosjektgruppe									
Gjennomføre re-audit og analysere data Ansvarlig: Prosjektleder									
Skrive artikkel og kappe. Ansvarlig: Prosjektleder									
Feedback fra re-audit Målgruppe: personalet på avdelingen Ansvarlig: Prosjektleder									

Vedlegg VI. Sample size kalkulering

		Sample size calculator
What margin of error can you accept? 5% is a common choice	<input type="text" value="5"/> %	The margin of error is the amount of error that you can tolerate. If 90% of respondents answer <i>yes</i> , while 10% answer <i>no</i> , you may be able to tolerate a larger amount of error than if the respondents are split 50-50 or 45-55. Lower margin of error requires a larger sample size.
What confidence level do you need? Typical choices are 90%, 95%, or 99%	<input type="text" value="95"/> %	The confidence level is the amount of uncertainty you can tolerate. Suppose that you have 20 <i>yes-no</i> questions in your survey. With a confidence level of 95%, you would expect that for one of the questions (1 in 20), the percentage of people who answer <i>yes</i> would be more than the margin of error away from the true answer. The true answer is the percentage you would get if you exhaustively interviewed everyone. Higher confidence level requires a larger sample size.
What is the population size? If you don't know, use 20000	<input type="text" value="46"/>	How many people are there to choose your random sample from? The sample size doesn't change much for populations larger than 20,000.
What is the response distribution? Leave this as 50%	<input type="text" value="50"/> %	For each question, what do you expect the results will be? If the sample is skewed highly one way or the other, the population probably is, too. If you don't know, use 50%, which gives the largest sample size. See below under More information if this is confusing.
Your recommended sample size is	42	This is the minimum recommended size of your survey. If you create a sample of this many people and get responses from everyone, you're more likely to get a correct answer than you would from a large sample where only a small percentage of the sample responds to your survey.

Vedlegg VII. Spørreskjema

Anonymt spørreskjema, **IKKE** skriv navn på skjemaet. Vennligst svar på alle spørsmål, og sett ring rundt det alternativet som passer deg best.

1. Deler du ut munnpleiesett **før** oppstart av første behandling med i.v cellegiftkur til pasienter på avdelingen?

- a) Ja, alltid b) Noen ganger c) nei d) Vet ikke

Hvis har du svart a) på spm. 1 skal du ikke svare på dette spørsmålet.

2. Hvorfor deler du **ikke alltid** ut munnpleiesett til pasienter ved oppstart av første behandling med i.v cellegiftkur?

- a) Ikke fått informasjon om at det skal gjøres
b) Glemmer det
c) Usikker på hvilke pasienter som skal få munnpleiesett
d) Avdelingen er tom for munnpleiesett
e) Avdelingen har munnpleiesett, men de er ikke komplett
f) Travelt i avdelingen / ikke tid
g) Annen årsak. Spesifiser.....

3. Ved første behandling med i.v cellegiftkur, **informerer du** pasienten **hvordan** munnpleiesettet skal brukes, når du deler det ut ?

- a) Ja, alltid b) Noen ganger c) nei d) Vet ikke

Hvis du har svart a) på spm. 3 skal du ikke svare på dette spørsmålet.

4. Hva er årsaken til at du **ikke forklarer** pasienten hvordan munnpleiesettet skal brukes, når det deles ut ved første behandling med i.v cellegiftkur ?

- a) Ikke fått informasjon om at det skal gjøres
b) Glemmer det
c) Det ligger pasientinformasjon i munnpleiesettet
d) Travelt i avdelingen / ikke tid
e) Annen årsak. Spesifiser.....

5. Tilbyr du påfyll på munnpleiesettet når pasienten kommer tilbake for å få ny i.v cellegiftkur?

- a) Ja, alltid b) Noen ganger c) nei d) Vet ikke

Hvis du har svart a) på spm. 5 skal du ikke svare på dette spørsmålet.

6. Hva er årsaken til at du **ikke tilbyr** påfyll på munnplesesettet når pasienten kommer tilbake for å få ny i.v cellegiftkur?

- a) Ikke fått informasjon om at det skal gjøres
- b) Glemmer det
- c) Pasienten bør gi beskjed om vedkommende trenger på påfyll
- e) Travelt i avdelingen / ikke tid
- f) Annen årsak. Spesifiser.....

7. Hvor lenge har du **arbeidet på avdelingen?**

- a) 0 – 3 år
- b) 4-6 år
- c) 7 – 10 år
- d) Mere enn 10 år +

8. Har du videreutdanning i kreftsykepleie?

- a) Ja
- b) Nei

HUSK MUNNPLEIESETT TIL PASIENTER SOM FÅR, CELLEGIFTKUR

HVORFOR?

Tilnærmet alle pasienter som får I.V cellegiftkur vil få Oral mukositt i varierende grad.



HVA ER ORAL MUKOSITT?

Oral mukositt er betennelse i munnslimhinnen. Det kan være veldig smertefullt, kan vanskeligjøre inntak av mat og drikke, og gir økt risiko infeksjoner og SEPSIS. Oral mukositt kan enkelt forebygges.

HVORDAN FOREBYGGE?

-Utdeling av munnpleiesett og gjennomgang av informasjonsbrosjyre med pasienten før oppstart av i.v. cellegiftkur

-Minn pasienten på å bruke munnpleiesett daglig.

-Tilby påfyll på munnpleiesettet når pasienten kommer tilbake for ny kur.

FORDELER:

- Redusert risiko for oral mukositt

- redusert bruk av smertestillende

- redusert bruk av TPN

- mindre infeksjoner, og mindre bruk av antibiotika



Referanser:

1)Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*

2) Thorsen, L., Mjelde, P. J., Hefte, M. & Oftedal, S. F. (2016). *Munnstell til voksne pasienter.*

Vedlegg IX. Søkestrategi

Cochrane Library

Search Name: Implementeringsforskning

Date Run: 01/05/2020 18:22:31

Comment:

ID	Search Hits
#1	guideline* 49325
#2	best practice 10977
#3	recommendation* 28152
#4	quality improvment* 34
#5	#1 or #2 or #3 or #4 73235
#6	implementation* 25419
#7	research utilization 8792
#8	knowledge translation 5352
#9	knowledge transfer* 2564
#10	knowledge exchange 0
#11	dissemination 7695
#12	diffusion 4604
#13	quality improvemen* 50821
#14	best practice 10977
#15	#6 or #7 or #8 or #9 or #9 or #10 or #11 or #12 or #13 or #14 96500
#16	(Audit AND feedback):ti,ab,kw (Word variations have been searched) 944
#17	educational outreach visit* 356
#18	opinions leader* 229
#19	reminder* 6397
#20	#16 or #17 or #18 or #19 7608
#21	#5 and #15 and #20 1383